FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N° 391

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gabrielle Berthe HENRY

Née à Sens, le 23 Mars 1899
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Diplômée de l'Institut d'Hygiène de Paris et de
l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Paris.

APERÇU SUR LA POSITION A BOSTON EN 1925-1926 DU SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL DES ENFANTS

Président : M. NOBÉCOURT, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE
11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MÉDECINE

1932

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932 — N° —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gabrielle Berthe HENRY

Née à Sens, le 23 Mars 1899

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômée de l'Institut d'Hygiène de Paris et de l'École de Puériculture de la Faculté de Paris.

APERÇU SUR LA POSITION A BOSTON EN 1925-1926 DU SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL DES ENFANTS

Président : M. NOBÉCOURT, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MÉDECINE

1932

LE DOYEN : **M. BALTHAZARD**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. CUNEO. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.
ALAJOUANINE. . .Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLEY-BERT. .Physiologie.
AUBERTIN. . . . . .Pathologie médicale.
BENARD (Henri) . .Pathologie médicale.
SANNIE. . . . . .Chimie biologique.
BROCQ. . . . . Pathologie chirurgicale
BRULE. . . . . .Pathologie médicale.
CADENAT. . . . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . . . .Pathologie médicale.
CHABROL. . . . . .Pathologie médicale.
CHEVALLIER. . . . .Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . . . .Physique.
DONZELOT. . . . . .Pathologie médicale.
ECALLE. . . . . .Obstétrique.
FEY. . . . . .Urologie.
Pathologie expérimentale.
GASTINEL. . . . . .Bactériologie.
GATELLIER. . . . . Pathologie chirurgicale
GIROUD. . . . . .Histologie.
HARVIER. . . . . .Pathologie médicale.
HOVELACQUE. . . .Anatomie.
HUTINEL. . . . . .Pathologie médicale.
JOANNON. . . . . .Hygiène.
LABBE (Henri). . . .Chimie biologique.

MM.
LAROCHE (Guy). . .Pathologie médicale.
Oto - rhino - laryngologie.
HUGUENIN. . . . . Anatomie pathologique
LEVEUF. . . . . .Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI. . .Neuro-psychiâtrie.
LIAN. . . . . .Pathologie médicale.
HAZARD. . . . . .Pharmacologie.
MILLOT. . . . . .Histologie.
MONDOR. . . . . .Pathologie chirurgicale
MOREAU. . . . . .Pathologie médicale.
MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale
MOURE. . . . . Pathologie chirurgicale
Histologie.
OBERLING. . . . . natomie pathologique
OLIVIER. . . . . .Anatomie.
PIEDELIEVRE. . . .Médecine légale.
PORTES. . . . . .Obstétrique.
QUENU. . . . . athologie chirurgicale
RICHET. . . . . .Physiologie.
SEZARY. . . . . .Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur). . . . .Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . . . .Obstétrique.
VELTER. . . . . .Ophtalmologie.
VERNE. . . . . .Histologie.
VIGNES. . . . . .Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.
BUSQUET. . . . . .Pharmacologie.
GUENIOT. . . . . .Obstétrique.
LEQUEUX. . . . . .Obstétrique.
LEROUX. . . . . .Anatomie pathologique

MM.
NEVEU-LEMAIRE. .Parasitologie.
RETTERER. . . . . .Histologie.
ZIMMERN. . . . . .Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
ABRAMI. . . . . .Clinique médicale.
CHIRAY. . . . . .Clinique médicale.
DEBRE. . . . . .Clinique médicale.
DUVOIR. . . . . .Clinique médicale.
BASSET. . . . . .Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . . . Clinique chirurgicale.

MM.
HEITZ-BOYER. . . .Clinique chirurgicale.
MATHIEU. . . . . .Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . . . . .Clinique chirurgicale.
PROUST. . . . . .Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . . . . .Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . . . .Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL. . . . .Clinique obstétricale.
METZGER. . . . . .Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Avec l'hommage de mon respectueux attachement et de ma profonde gratitude pour le très grand honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Á MONSIEUR LE DOCTEUR M. MAILLET.

Qui a bien voulu nous inspirer l'idée de ce travail, en témoignage de très vive reconnaissance pour l'intérêt bienveillant qu'il n'a cessé de nous témoigner.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1919-1929)
DE L'INSTITUT D'HYGIÉNE (1926-1927)
DE L'ÉCOLE DE PUÉRICULTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1924)
ET DES HOPITAUX

STAGES

M. LE PROFESSEUR F. WIDAL (1919-20). IN MEMORIAM
M. LE DOCTEUR J. HALLÉ (1920-21).

EXTERNAT

M. LE PROFESSEUR BROCA (1921-22) IN MEMORIAM.
M. LE DOCTEUR F. SORREL (1922-23).
M. LE PROFESSEUR C. JEANNIN (1923)
M. LE DOCTEUR F. RAMOND (1923-24)
M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT (1924-25).
M. LE DOCTEUR PAPILLON (1925).

A MON JURY DE THÈSE

A MADAME
LE DOCTEUR FRANCES HOLLINGSHEAD

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDS CABOT

A MES AMIS DES ÉTATS-UNIS
(5 septembre 1925 — 3 octobre 1926

A MESSIEURS LES DOCTEURS
A MESDAMES LES ASSISTANTES SOCIALES ET LES INFIRMIÈRES VISITEUSES

Qui se sont mis très aimablement à notre disposition, avec l'assurance de toute notre sincère gratitude.

CHAPITRE PRELIMINAIRE

L'expression « Service Social à l'Hôpital » a tiré son origine de l'application faite pour la première fois aux Etats Unis en 1905, au *Massachusetts General Hospital* de *Boston*, sur l'initiative du docteur Richards Cabot, d'une organisation nouvelle de la bienfaisance en vue d'améliorer le Service de l'Hôpital au profit du malade et du médecin.

Une organisation de même nature avait été tentée 10 ans plus tôt en Angleterre, en 1895, au *Royal Fee Hospital* de *Londres*, sur l'initiative de M. C. S. Loch pour veiller à l'admission des malades pauvres, leur obtenir les secours légitimes de l'Etat et rendre leur traitement plus efficace grâce à la coopération des multiples institutions sociales extra-hospitalières.

En *France*, sans vouloir remonter à l'organisation de la charité dans les Hôpitaux accomplie dès 1634 par Saint-Vincent de Paul, il est intéressant de souligner que le docteur Calmette fut en 1901 l'innovateur de la méthode qui consiste à envoyer au domicile de chaque malade d'un dispensaire un *visiteur ouvrier*, prototype de la visiteuse d'Hygiène Sociale et que d'autre part le docteur Graucher à démontré l'importance des enquêtes familiales pour organiser le traitement des enfants

des milieux contaminés en les plaçant dans des familles saines.

Mais l'organisation d'un Service Social dans les Hôpitaux français, d'après le type américain, ne fût essayé à Paris qu'en Avril 1914, après la communication que fit à la Société de Pédiatrice en novembre 1913 Mme le docteur Nageotte Wilbouchewitch sur les documents rapportés par le docteur Charles W du Bouchet d'une visite au Service Social de Boston.

En 1926 cette Organisation du Service Social s'est étendue dans 24 des Hôpitaux Parisiens, la seule « Association du Service Social à l'Hôpital [1] » assurant le fonctionnement de 44 Services Sociaux avec un total de 57 Assistantes Sociales.

Par contre *aux Etats Unis* en 1926 Miss Wadley estimait déjà à 850 sur 6000 le nombre des Hôpitaux Américains possédant un Service Social.

Dans chaque ville américaine, chaque Hôpital organisant le Service Social indépendamment et suivant ses besoins particuliers, il est évident que la valeur médico sociale du travail accomplit dans chacun de ces Services Sociaux est très différente d'un Hôpital à un autre. Afin de standardiser leur travail les Assistantes Sociales Américaines ont analysé leurs méthodes et leurs résultats d'après un très grand nombre de cas médico-sociaux et nous dirons que la plupart des Assistantes Sociales aux Etats-Unis s'efforcent de remplir à l'Hôpital les 16 principales fonctions mises en lumière par Miss

1. En 1932, l'Association du Service social à l'Hôpital étend son action dans 26 hôpitaux de Paris assurant le fonctionnement de 75 services sociaux avec un total d'assistantes sociales.

Louise. S. Bryant d'après l'analyse du travail intensif accompli dans 1000 cas provenant de 60 hôpitaux différents, choisis dans 24 des plus grandes villes des Etats-Unis.

Ces *Seize Fonctions*[1] *du Service Social à l'hôpital* sont les suivantes : d'après le rapport de Miss L. Bryant analysé par docteur R. Cabot :

« 1° Apporter au *médecin*, qui les utilisera, non seulement dans le *diagnostic*, mais aussi dans *l'interprétation des problèmes relatifs à la santé du malade*, des données prises dans l'histoire sociale[2] de ce dernier, dans la connaissance de sa vie familiale et de ses rapports avec d'autres milieux, enfin dans son histoire économique et industrielle.

Les observations de ces mille cas recueillis par la travailleuse sociale lui paraissaient avoir une certaine portée sur le diagnostic, dans une proportion de 30 à 50 %.

« 2° *Expliquer* et *interpréter l'état physique et mental du malade*, tel qu'il résulte des constatations du médecin de l'Hôpital, au *malade lui-même*, à *sa famille* et à ses *amis*, dans la mesure où la chose est désirable.

Ce qu'elle avait pu faire pour expliquer, pour interpréter l'état physique ou mental du patient au patient lui-même où à son entourage, paraîssait à la travailleuse

1. *Functions of medical Social Service*, miss Louise S. Bryant, Ph. D. *Report of the Committee on Functions of the American association of Hospital Social-Workers* (Hospital Social Service, v. 17, mai 1928).

2. *L'histoire sociale du malade* : c'est un compte-rendu de son herédité, de son développement, de sa conduite, de son éducation, de ses intérêts actuels, de ses distractions, de ses fréquentations et des droits de sa personnalité.

sociale n'avoir pas été inutile dans 80 ou 90 % des 900 cas où elle en fit la tentative.

« 3° Apporter les mêmes données d'ordre physique et mental concernant le malade aux *institutions extra-hospitalières* compétentes que l'on groupe dans les catégories suivantes :

Importance de ces données pour ces œuvres dans les 3/4 des cas.

a) Œuvres d'Hygiène.

b) Œuvres Sociales d'Assistance

Importance de ces données pour ces œuvres là dans 1/5 des cas.

c) Œuvres Educatives

d) Œuvres des Loisirs

e) Œuvres d'Assistance légale et administrative

f) Œuvres Industrielles

g) Œuvres Religieuses.

« 4° Collaborer à la *régénération physique et sociale du malade* en s'informant de sa condition actuelle au point de vue social et économique, de son état de santé, de sa moralité, de ses états de service industriels etc.

Un apport précieux au traitement médical et social du malade fut puisé pour 953 cas : dans son histoire personnelle, pour 892 cas : dans l'étude des factures économiques, pour 756 cas : dans l'étude des facteurs professionnels.

« 5° *Tirer parti pour son traitement des ressources* qu'on pourra découvrir en lui-même, dans sa famille,

ses relations ou dans une œuvre quelconque appartenant aux catégories ci-dessus énumérées.

Ressources dont l'assistante sociale a pu tirer un parti plus ou moins heureux :

1° Ressources trouvées chez le malade utilisées dans ..... 770 cas
2° Ressources trouvées dans sa famille utilisées dans ..... 786 cas
3° Ressources trouvées dans ses relations utilisées dans ..... 382 cas
4° Ressources trouvées dans les œuvres d'hygiène utilisées dans ..... 702 cas
5° Ressources trouvées dans les œuvres sociales générales utilisées dans .. 660 cas
6° Ressources trouvées dans les œuvres éducatives utilisées dans ..... 280 cas
7° Ressources trouvées dans les œuvres industrielles utilisées dans ..... 250 cas
8° Ressources trouvées dans les œuvres d'utilisation des loisirs utilisées dans ..... 224 cas
9° Ressources trouvées dans les œuvres religieuses utilisées dans ..... 213 cas
10° Ressources trouvées dans les œuvres juridiques ou administratives utilisées dans ..... 205 cas

« 6° *Améliorer l'état matériel de son foyer* ou la direction de son ménage en tant que sa santé physique et morale peut en être influencée.

Résolution de 456 problèmes (sur 1000 cas) se rapportant aux questions domestiques.

« 7° *Fortifier les liens de l'affection et de la fidélité familiales* favoriser autant que possible l'établissement des rapports meilleurs entre le malade et ses amis.

« 8° Procurer au malade des *distractions* convenables.

« 9° Améliorer autant que possible l'ambiance matérielle de son *travail* ou la façon dont il organise son travail.

Résolution de 126 problèmes (dans 1000 cas) se rapportant aux questions professionnelles.

« 10° *Expliquer* au malade la nature, l'importance et l'évolution ultérieure de son mal et les interdictions qu'il lui impose.

Explications spéciales données 286 fois sur 1000 cas.

« 11° Reconnaître, protéger et développer dans la psychologie du malade les éléments de vitalité qui peuvent fortifier sa santé mentale et physique.

« 12° Organiser en faveur du malade ou de sa famille les *secours pécuniaires et matériels* indispensables à son rétablissement ou aux soins qu'exige son état, sans diminuer son indépendance.

Faible nécessité des placements 124 fois sur 1000 cas.

« 13° Procurer à *la famille* du malade les conseils d'hygiène ou les *examens médicaux* que paraissent exiger les intérêts du malade et ceux de l'Hygiène Publique.

« 14° Le Service Social, attire, d'après son expérience

personnelle, l'attention sur les lacunes des institutions extra-hospitalières afin de *perfectionner les ressources de la collectivité* et de créer des œuvres nouvelles nécessaires aux besoins des malades.

« 15° Le Service Social prend, d'après son expérience personnelle, l'initiative d'une *coopération plus efficace entre les œuvres sociales et les œuvres d'hygiène.*

« 16° Le Service Social recueille les *observations individuelles* utilisables pour les discussions de cas en séries, les enquêtes ultérieures et les études médicales et sociales »

Dans notre séjour aux Etats-Unis, nous avons pu étudier sur place la valeur médico-sociale de 35 organisations différentes de Service Social fonctionnant dans les Hôpitaux des neuf grandes villes suivantes : *Albany, Baltimore, Boston, Buffalo, Cleveland, New-Haven, New-York, Philadephie Washington.* Mais étant donné que le Service Social des Hôpitaux Américains pouvait compter en 1926 jusqu'à 850 organisations différentes, qu'il nous était impossible de visiter toutes, nous ne saurions envisager une étude critique du Service Social aux Etats-Unis.

Nous nous proposons seulement de donner une idée du genre de travail accompli par le Service Social dans un Hopital d'Enfants, qui n'est que l'un de ces trente cinq hôpitaux visités.

Nous avons choisi l'Hôpital des Enfants de Boston, pour les simples raisons suivantes : que nous nous intéressons davantage à l'enfance, que c'est à Boston que le

Service Social aux Etats-Unis, a pris son origine, que le Service Social developpé harmonieusement à l'Hôpital des Enfants de Boston réalise les Seize Fonctions principales du Service Social décrites ci-dessus par Miss L. Bryant, et que par son exemple et son effort personnel il a contribué à préciser ces fonctions. Il arrivait en 1926 à les remplir avec si parfaite maîtrise que la présentation même d'un très grand nombre de dossiers médico-sociaux est impropre à en donner une idée exacte car, d'une part elle n'imagerait pas tous les services rendus par le Service Social, et d'autre part, parce qu'une traduction d'un dossier étranger ne peut expliquer la puissante organisation des rouages techniques sur lesquels s'appuie la charité dans les collectivités modernes ; Organisation qui permettait aux Assistantes Sociales des Etats-Unis d'élever, de rétablir et de maintenir leurs familles à un standard d'aisance bourgeoise. Dans ce travail nous ne reviendrons donc pas sur les fonctions principales que remplissait le Service Social de l'Hôpital des Enfants de Boston, et nous n'illustrerons pas notre exposé avec les observations, même intéressantes, de quelque cas particuliers triés dans le Service.

Nous avons eu l'honneur d'être introduite par le docteur Richars C. Cabot auprès des divers rouages du Service Social de Boston. Les médecins de l'Hôpital des Enfants et Miss Mabel Wilson, la directrice du Service Social, nous ont mis à même d'entrevoir le rôle du Service Social dans l'activité médicale, hygiénique, et sociale particulière à l'Hôpital des Enfants de Boston. Nous avons eu la joie, avec les Assistantes Sociales et seule

en leur place, d'aller visiter les petits malades au delà de l'Hôpital pour connaître leur milieu familial et les œuvres organisées pour eux.

Dans un premier chapître nous exposons l'ensemble du travail administratif, médical et hygiénique entrepris par les Assistantes Sociales pour les enfants malades de l'Hôpital.

Nous abordons ensuite l'activité propre à chacune des organisations d'infirmières visiteuses de Boston afin de connaître le problème de leur collaboration méthodique avec les assistantes Sociales pour améliorer les soins et la protection de la santé des enfants venant à l'Hôpital.

Puis au chapitre III nous nous efforcons d'indiquer la valeur constructive du « Service Social des cas individuels » — ou mieux du « case-work » — entrepris par les Assistantes Sociales comme étant leur vrai travail au dessus des perfectionnements administratifs médicaux, hygiéniques et prophylactique déjà mis en œuvre dans l'Hôpital par l'intermédiaire du Service Social.

Nous étions partie aux Etats-Unis pour chercher une science médico-sociale basée sur l'étude du diagnostic des problèmes médico-sociaux des cas individuels. Mais les difficultés sociales posées devant les Assistantes se ramifient dans tous les domaines du mal — Maladies du corps et de l'esprit — Erreurs et Ignorance — Vices — Complexité des Lois — Misère Economique — et n'appartiennent plus au seul corps humain. De ce fait elles exigeront encore une multitude d'investigations sociales,

d'observations, avant de permettre un diagnostic social proche d'une exactitude scientifique.

Nous n'avons trouvé d'ailleurs qu'à l'Hôpital Presbyterian de New-York un premier essai sur une terminologie pour le case-work, en vue d'une classification de ce travail d'analyse analogue à celle utilisée pour établir les archives des observations médicales recueillies dans cet hôpital.

Nous avons abandonné l'espérance d'aboutir prochainement en France dans de semblables recherches de terminologie pour ne retenir que le complèment humain du Service Social à la science du médecin.

L'Hôpital des Enfants de Boston

ADMINISTRATION BUILDING, PRIVATE WARD, AND OUT-PATIENT DEPARTMENT OF THE CHILDREN'S HOSPITAL

VIEW OF THE WHOLE HOSPITAL

Ward V
two stories

Ward IV
one story

Surgical
Building

Ward II
one story

The new laboratory
is behind this ward

Ward I
two stories

Administration Building
Private Ward
at this end

CHAPITRE PREMIER

LE TRAVAIL ADMINISTRATIF. HYGIENIQUE ET MEDICO-SOCIAL DU SERVICE SOCIAL DE L'HOPITAL DES ENFANTS DE BOSTON.

Son organisation centralisée — son perfectionnement administratif — sa contribution en médecine sociale — sa collaboration dans le traitement et la prophylaxie des maladies du coeur.

L'ORGANISATION CENTRALISEE

Le Service Social de l'Hôpital des Enfants de Boston est centralisé pour tous les Services Médicaux assurés par l'Hôpital : médecine, chirurgie, consultations et spécialités [1].

La Directrice du Service Social a son bureau à l'hôpital même. Elle agit, dans l'Hôpital, comme un véritable Chef de Service ayant sa spécialisation propre.

Son Service est chargé d'apporter :

A) à l'organisation hospitalière : un perfectionnement en augmentant son rendement.

1. L'hôpital des Enfants de Boston n'a pas de service de contagieux.

B) aux médecins une aide au diagnostic, au pronostic et au traitement.

C) Aux malades : une méthode pour dépister les problèmes sociaux qu'ils présentent, et les solutionner au mieux de leurs intérêts et de ceux de la Société.

Le Personnel.

Le Personnel du Service Social de l'Hôpital des Enfants comprend une Directrice, sept Assistantes Sociales, des Stagiaires et des Bénévoles.

Chaque matin la Directrice du Service Social répartit entre ses assistantes le travail social venu de tous les Services de l'Hôpital.

Parmi les assistantes sociales, quelques unes sont spécialisées dans leur travail :

une s'occupe des nourrissons,
une des cas de médecine générale, cardiopathie et nutrition,
une des cas chirurgicaux et orthopédiques,
une de la polyclinique,
une de psychiâtrie (ayant fait des études en vue de sa spécialisation.

C'est à cette dernière que revient la responsabilité des débiles mentaux, des arriérés, des épileptiques, des enfants atteints d'énurésie, de troubles de caractère. Elle doit s'occuper de tout cas de prophylaxie mentale, réaliser l'adaptation de l'enfant dans sa famille et dans son milieu.

Les assistantes sociales de l'Hôpital des Enfants de Boston sont toute l'année aidées dans leur travail par :

1° Les stagiaires de l'Ecole de Service Social de Boston, se succédant par groupes.

2° Les élèves infirmières hospitalières de l'Ecole d'infirmières de l'Hôpital même, auxquelles on donne une formation sociale pratique, suivie de visites à domicile sous les ordres du Service Social.

3° Par différentes bénévoles qui contribuent à la tenue des fiches, au transport régulier des enfants et des assistantes sociales dans leurs automobiles.

L'Organisation matérielle.

Le travail des assistantes sociales est également facilité par l'organisation matérielle de leur service. Les nombreux postes téléphoniques de l'Hôpital sont à la disposition constante des assistantes, et le bureau du Service Social possède son propre téléphone automatique qui lui permet de solutionner directement et sans attente tout problème nécessitant l'aide des oeuvres et des organisations les plus éloignées de l'hôpital.

Le Service Social dispose, à l'Hôpital, de sténo-dactylographes pour assurer sa correspondance et la rédaction des observations sociales, qui sont toutes dactylographiées.

Les dossiers.

Tous les services de l'hôpital travaillant en étroite collaboration sur chaque cas qui vient à l'hôpital, désirent en constituer des dossiers complets. A cet effet, les feuilles d'observation de chacun des services de l'hôpital viennent se centraliser en un seul dossier pour chaque

Fiche du Service Social

THE CHILDREN'S HOSPITAL
SOCIAL SERVICE DEPARTMENT

Worker | T.C.H. No.
Date Opened | S.S. No.

Name | Date of Birth | Nativity | Nationality | Church

Address (1) | (2) | (3)

Settlement | Flights | F.R. | No. of Rooms | Rent

Page entered on Record	T.C.H. Number	Family	Date of Birth	Occupation or School Grade	Wages	Dues, Insurance and Benefits

Relatives	Address	Kinship	State Special Interest in Patient

Statement of Physician | M.D.

Diagnosis

Plan of Treatment

Prognosis

Significant of Medical Data (date)

Tests

Dept. | Date | Diagnosis

Form 66. 2-12-25 1M

Interested Individuals and Agencies (star * those now active)

Referring Agency

C. E. of I.

Financial Statement

Presenting Social Problem

Result (date)

Hosp. No.

INFANTS' HOSPITAL

SOCIAL SERVICE DEPARTMENT

S. S. No.

Name | Date of Birth | Nativity | Nationality | Church

Address (1) | (2) | (3)

Settlement | Flights | F. R. | No. of Rooms | Rent | Rate of Board to Hosp.

Family	Date of Birth	Occupation or School	Wages

Admission Date | Discharge Date
" Weight | " Weight

Discharge Formula

Referred to Hospital by

Discharged | to

Social Plan

Relatives	Address	Kinship	State Special Interest in Patient

MEDICAL STATEMENT

Physician

Diagnosis

Prognosis

Significant Medical Data and Tests

Result (Date)

Form No. 105-500-1-31-24

SOCIAL STATEMENT

Interested Individuals and Agencies C. E. of I.

malade. Ce dossier tenu à jour par des secrétaires, circule à travers tous les divers services : médecine, chirugie, oto-rhino-laryngologie, service dentaire, service social, polyclinique, où l'enfant reçoit des soins. Les observations de toute nature s'y accumulent d'année en année, et constituent un dossier des plus complet. Ce dossier est ensuite classé et conservé dans les archives de l'hôpital par les soins de l'Administration.

Naturellement, le Service Social lui-même envoie sa feuille sociale pour ajouter à chaque dossier médical. Mais étant donné que le travail du Service Social à l'Hôpital des Enfants de Boston comprend une grande part d'activité extérieure à la médecine, le Service Social établit à part un dossier social complet de chaque cas dont il s'occupe.

LE PERFECTIONNEMENT DANS L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Le Service Social collabore avec l'organisation administrative de l'Hôpital.

Cette liaison commence dès l'arrivée du malade, que celui-ci soit admis dans les salles ou vienne seulement pour une consultation car toute infirmière, de même que toute secrétaire à l'admission, a eu une formation sociale.

Le personnel de l'admission doit, au cours du premier interrogatoire qui débute le dossier du malade dans l'hôpital, s'inquiéter de ses besoins personnels et sociaux. Ces renseignements sont enregistrés à part et aussitôt communiqués à l'assistante sociale.

Carte des rendez-vous

THE CHILDREN'S HOSPITAL
300 Longwood Avenue, Boston

OUT PATIENT DEPARTMENT

Name.....

Card No.....

PATIENTS SEEN BY APPOINTMENT ONLY

TO MAKE OR CHANGE AN APPOINTMENT, TELEPHONE

ASPINWALL 5930

Between 8.30 A. M. and 4.30 P. M.

ALWAYS BRING THIS CARD WITH YOU

See Back of this Card for Date and Hour Reserved for your Next Visit

F 101 10M 3-24-26

APPOINTMENTS

DEPARTMENT	DATE	DAY	HOUR	DOCTOR

En retour le service social se charge d'un travail administratif ayant pour but d'assurer le bon fonctionnement des consultations.

Ce travail administratif, que nous allons étudier, comprend :

l'organisation du système de rendez-vous
le groupement des malades par catégories médicales
le follow-up des malades.

L'Organisation du système de rendez-vous.

C'est pour permettre aux médecins d'avoir toujours le temps d'examiner à fond chacun des malades, se présentant aux consultations que le service social a organisé depuis 1924 un système de rendez-vous dont il assure lui-même le fonctionnement.

Les rendez-vous existent pour toutes les consultations aussi bien pour les cas nouveaux que pour les cas anciens. Les cas nouveaux ont accès à une consultation de l'hôpital en demandant un premier rendez-vous par téléphone. Les cas anciens ont leur rendez-vous inscrit sur leur carte. Si quelque cas nouveau se présente sans avoir demandé un rendez-vous, ils sont quand même examinés par l'interne de garde ; quelquefois aussi par l'un des chefs de clinique de la consultation.

Grâce au système de rendez-vous il n'y a plus d'encombrement. En effet les enfants sont convoqués de quart d'heure en quart d'heure ou toutes les demi-heures, suivant l'importance du cas. Chaque médecin ne voit pas plus de quatre enfants par heure.

La secrétaire chargée de faire fonctionner le système

des rendez-vous tient le registre portant le nom de tous les médecins et leurs heures de présence à l'hôpital. Ellle inscrit dans la colonne réservée à chaque médecin le nom des malades qu'il doit recevoir et répartit les demandes de consultations nouvelles reçues par téléphone suivant le temps libre de chaque médecin. Ce système permet au médecin de toujours revoir lui-même les malades qui l'intéressent et permet aux malades de revenir aux différentes consultations auxquelles ils doivent se faire traiter sans perte de temps, ces rendez-vous divers pouvant être échelonnés le même jour. Dès que le malade arrive à l'hôpital et qu'il a payé (beaucoup de consultations sont gratuites, cela est décidé par les enquêtes du service social) le numéro de son dossier médical est automatiquement envoyé à la salle où sont rangés ceux-ci avec l'indication des divers services où le malade soit se rendre. De la salle des archives, le dossier est envoyé à l'aide d'un ascenseur spécial, à l'étage où le médecin donne sa consultation. Après celle-ci, le médecin s'il désire revoir le malade, le fait noter à la fois sur son livre de rendez-vous et sur la carte du malade. Tous les livres des médecins sont ensuite relevés le soir par la secrétaire qui a charge d'établir la liste générale des consultations des médecins et de l'équilibrer chaque jour suivant les besoins.

Les rendez-vous assurent aux malades un examen privé dans de petites pièces sommairement meublées : un lit d'examen, une table, un pupitre pour permettre au médecin de rédiger les ordonnances debout, deux chaises et le matériel médical. Cette installation simple est cependant suffisante pour éviter que les enfants

soient examinés dans une salle commune. L'hôpital désire que le médecin soit mis en face de chaque enfant et de sa famille dans des conditions aussi favorables que celles où il serait pour un examen privé dans son cabinet de consultation, et qu'il ait, en plus, l'avantage de tous les services spécialisés de l'hôpital, y compris le service social.

Les consultations ont lieu le matin, quelquefois aussi l'après-midi.

L'Organisation des malades par groupes.

Le service social s'est aussi chargé d'organiser les divers groupes de malades que le médecin examine par catégories dans les polycliniques, groupe des diabétiques, des troubles digestifs, des cardiaques. Ces malades sont conviés par catégories, et le médecin les examine en petit groupe dans une salle commune en se faisant tenir au courant de l'adaptation sociale de chacun par l'assistance sociale.

La partie administrative de ces consultations est sous la responsabilité d'une assistante sociale, mais celle-ci est aidée d'une secrétaire le plus souvent bénévole ; qui se charge d'écrire tout ce que dicte le médecin, de vérifier la tenue des dossiers médicaux et sociaux, de combiner les prochains rendez-vous des malades.

Le « Follow-up » des malades.

Le Service Social organise et surveille l'assiduité des malades, afin qu'ils restent sous le contrôle du médecin jusqu'à leur complète guérison. Tous les malades à leur

sortie de l'hôpital, de même que tous ceux venant aux consultations, sont inscrits sur les listes de surveillance dites *listes de « follow-up »* et suivis à intervalles précis à l'aide des rendez-vous donnés aux familles d'une consultation à l'autre par le service social.

Au cas où un malade manque un rendez-vous, les assistantes sociales le recherchent systématiquement, d'abord en écrivant au malade ou à l'œuvre qui en avait accepté la responsabilité, puis en allant elles-mêmes à son domicile enquêter sur les causes de son absence et lui offrir un nouveau rendez-vous. Cette recherche des malades absents est toujours entreprise en fonction de l'état pathologique du malade, car les assistantes sociales ont la possibilité de consulter à n'importe quel moment, dans les archives de l'hôpital, le dossier médical complet établi pour chaque malade.

Les Assistantes sociales n'abandonnent un contact qu'après avoir demandé avis au médecin, lequel a ainsi la possibilité de ne pas perdre la trace d'aucun de ses malades susceptibles de l'intéresser à un moment donné. Grace au « Follow-up » le médecin à la garantie que les soins et la surveillance seront poursuivis, pour chaque malade venu à l'hôpital, aussi longtemps qu'il le juge nécessaire. Ce rôle de « follow-up » du service social se continuera pendant des mois ou des années, pour les malades ayant un intérêt médical, social ou scientifique. C'est ainsi que les fillettes au-dessous de 12 ans, chez lesquelles on a trouvé du gonocoque dans les écoulements vaginaux seront surveillées par le service social pendant un an encore après que le médecin les aura déclarées

guéries. En résumé, nous disons que le système de follow-up s'appuie sur celui des rendez-vous et a lui aussi toute sa partie administrative assurée par les assistantes sociales, aidées par des secrétaires sténo-dactylographes et des bénévoles.

RESULTATS

L'organisation puissante et centralisée du service social de Boston permit, en 1925, d'assurer 4.500 visites a domicile, de prendre en charge 989 cas nouveaux et de faire fonctionner le système de rendez-vous 52.870 fois dans les consultations en y accueillant 13.822 consultants. Un tel rendement [1] matériel est fonction d'une répartition précise du travail, avec une liaison presque automatique entre tous les services de l'hôpital, mais il provient également d'une compréhension sociale approfondie des médecins autant que des infirmières, qui tous savent combiner leurs efforts à ceux des œuvres privées et publiques afin de réaliser le maximum pour chacun de leurs malades.

LA CONTRIBUTION DU SERVICE SOCIAL DANS LE TRAVAIL MEDICAL

Le Service Social étant toujours prévenu aussi bien pour les consultants que pour les entrants de la situation

1. L'Hôpital des Enfants de Boston a une activité assez comparable à celle de l'Hôpital des Enfants malades de Paris, lequel hospitalisait 5615 malades en 1921 et Boston 5570. En 1926, les trois ssistantes sociales de l'Hôpital des Enfants malades de Paris n'assuraient que 900 visites au dehors.

sociale apparente de chaque enfant et du diagnostic qui est fait par le médecin, n'a pas lui-même comme but d'obtenir un placement ou des secours dans les seuls cas dits intéressants, mais *c'est pour tous les enfants venant à l'hôpital qu'il s'efforce de réaliser la meilleure adaptation possible au double point de vue de la médecine et de la société.*

Son rôle dans le travail médical de l'hôpital s'exerce dans les consultations et dans les salles, en groupe et pour chaque malade.

Le rôle du Service Social est de *perfectionner les soins* et *l'éducation médico-sociale du* malade.

Les diverses consultations.

Pour tout enfant venant à la polyclinique, il est procédé à un *premier examen médical complet* après lequel l'enfant est réparti suivant sa maladie dans la consultation appropriée à son état, les consultations variées de l'hôpital groupent les cas semblables pour les étudier et les traiter ensemble. C'est ainsi que parmi les nombreuses consultations, il y a une consultation pour *rachitiques*, une consultation pour *hérédo-syphilitiques*, une consultation pour *maladies de la peau*, une consultation de *neurologie*, une consultation pour *asthme*, une consultation pour *troubles digestifs*, une consultation pour *cardiaques*, une consultarion pour *diabétiques*.

Pour la *paralysie infantile*, une protection spéciale *en dehors du service social à l'hôpital* a été mise au point par la Commission de Harvard, qui, depuis 1917, s'occupe d'améliorer tous cas de paralysie infantile. Cette

Commission a organisé des consultations dispersées dans Boston. L'une d'elles à lieu à l'hôpital des enfants, où elle a pu contribuer à traiter et à surveiller 118 cas dans l'année 1925. Seuls, les cas habitant un district voisin de l'hôpital sont visités à domicile par l'infirmière de l'hôpital des enfants, les autres cas sont surveillés par l'Association des Infirmières visiteuses de santé publique.

Pour les *nourrissons*, il y a spécialement :

a) Une consultation de *prématurés*, dirigée à cet hôpital par les soins des Maternités, car l'hôpital possède une salle d'hospitalisation des prématurés, salle construite pour avoir, été comme hiver, la même température, une humidité constante avec ventilation dix fois par heure ;

b) Une consultation pour *surveillance des nouveaux-nés* après leur sortie de la Maternité Lying-In Hospital, afin que ceux-ci soient prophylactiquement suivis par des spécialistes depuis leur naissance. (L'Ecole de santé publique de Boston commence des recherches en médecine préventive par l'intermédiaire de cette consultation.)

c) Une des 24 *consultations de nourrissons de* la Ville, consultations qui sont assurées financièrement, et administrativement par le Département d'Hygiène de la Cité de Boston, mais qui furent médicalement confiées aux médecins des trois Universités de Boston.

(Les infirmières visiteuses payées par la Ville sont polyvalentes, c'est-à-dire qu'elles contrôlent tous les enfants par districts depuis la naissance, en même temps qu'elles assurent la marche des consultations de nourrissons, la surveillance des tuberculeux, des syphilitiques, des maladies contagieuses, etc...)

L'Education du malade.

Dans les consultations de l'hôpital, le rôle du Service Social en dehors de cette répartition des malades par groupe a été d'exercer un contrôle rigoureux de l'évolution de chaque cas d'après les conditions sociales dans lesquelles vit l'enfant, et d'organiser, en groupes et individuellement, une éducation conforme à l'hygiène de chaque maladie, éducation appropriée à l'ignorance des malades et aux précautions particulières que chacun doit observer.

C'est ainsi qu'à la consultation prophylactique de nourrissons, il est fait, une fois par semaine, des *causeries éducatives à la mère* et des *démonstrations pratiques* sur le lait, sur la manière de donner les bains etc... Un *système de prêt de balance* permet aux mères allaitant leur enfant de se rendre compte à domicile des quantités de lait qu'elles leurs donnent entre les consultations.

Le Service social s'adjoint à la consultation de diabétiques, la *diétitienne* de l'hôpital pour expliquer aux familles la valeur de chaque aliment dans le régime des diabétiques, la diétitienne installe des démonstrations pratiques pour la préparation spéciale des aliments, les mères de famille viennent y apprendre à cuisiner les régimes de leurs enfants ; les diabétiques s'habituent à peser exactement leurs aliments sur les balances que leur prête le service social, et à varier eux-mêmes leurs menus d'après les tables donnant, en hydrate de carbone, graisse, protéine, la valeur calorique des différents aliments. Le médecin vient lui-même faire l'enseignement de ses malades chaque semaine, dans des causeries pra-

tiques, pour qu'ils comprennent comment ils doivent se faire eux-mêmes leurs injections d'insuline, en varier les doses sans danger mortel, et vérifier facilement leurs urines à domicile entre chaque consultation.

A la consultation des cardiaques, l'instruction hygiénique sur les sports, l'alimentation, les périodes de repos est donnée en groupes ; l'explication des recommandations médicales y est faite individuellement ; leur mise en pratique, est, dans chaque cas, rendue possible et contrôlée par l'Assistante sociale aussi bien à l'école que dans la famille.

La compréhension de la mentalité du consultant,

A la consultation de neuro-psychiatrie, le travail du médecin est aidé par une assistante sociale spécialisée en hygiène mentale. Elle réalise un grand perfectionnnement médico-social, comprenant à fond les cas venant à cette consultation, et qui, sans cesse, soulève le problème d'adaptation de la mentalité de la famille à l'état peu compréhensible pour elle de l'enfant. Elle réalise l'adaptation en famille des *débiles mentaux*. Elle fait comprendre aux parents ce qu'il y a à faire pour des enfants *nerveux* ayant des *tics*, des *peurs*, de *l'énurésie*, les *hérédo-syphilitiques*. Elle rééduque les parents dans les cas où le médecin ne trouve rien, sauf des *erreurs de discipline*, des fautes d'hygiène. De même, parmi les cardiaques, le *caractère de l'enfant*, son *indiscipline*, peuvent être l'obstacle à son traitement et demandent une action spéciale et

prolongée, analogue quelquefois à l'étude psychologique faite dans les « Behavior-Clinics [1]. »

Cette assistante sociale, plus compréhensive en psychiatrie et en hygiène mentale, trouve son rôle quand il y a l'intérêt de l'enfant et non-seulement intérêt médical à faire de longues visites, continuées des mois, pour obtenir la correction des mauvaises habitudes de l'enfant et de sa famille.

Les assistantes sociales agissent non-seulement pour sauvegarder la santé, mais la personnalité tout entière, elles se sont beaucoup aidées de la psychaitrie et de la psychologie pour préserver et développer l'individualité de l'enfant .

Elles trouvent leur rôle dans l'éducation du père aussi bien que de la mère sur la manière d'élever certains caractères d'enfants, de les comprendre et de les diriger. Elles trouvent leur rôle dans l'adaptation des petits étrangers dans les milieux américains nouveaux pour eux, afin d'éviter les conflits, que cela peut amener au sein de la famille émigrante, à l'école et dans le quartier. Elles trouvent leur rôle pour adapter l'enfant dans le nouveau milieu où on devra le placer, que ce soit maison de convalescence ou placement familial, car partout où l'enfant est ou va, l'assistante sociale, veut qu'il soit accueilli personnellement et compris, ainsi pour les

1. En 1925-1926 les consultations d'hygiène mentale et d'étude du caractère sont très développées à Boston, puisque les nouveaux Centres de Santé de la ville comprennent, à côté des consultations de nourrissons, des consultations d'hygiène mentale que l'état de Massachussets a organisées pour les enfants avant six ans, c'est-à-dire avant leur entrée à l'école, celle-ci examinant elle-même tous ses élèves au point de vue psychologique (Tests Binet-Simon revision Standford) et d'un point de vue de prophylaxie mentale.

enfants hospitalisés de l'hopital, elles se chargent de guider le choix des bénévoles dans les livres de lecture, les jouets qu'elles donnent aux enfants, et de faire raconter des contes dans les salles par une jardinière d'enfants. C'est afin que l'hôpital soit une maison maternelle pour ceux qui sont obligés d'y être soignés, que l'étude des besoins et du caractère des enfants y est entreprise et mise en pratique comme dans un Institut de psychologie et avec un souci égal à celui pris pour leur santé.

La possibilité d'un service Social intensif pour chaque cas. —

Le perfectionnement apporté par le service social dans le travail médical fait aux consultations, n'est pas dû seulement à l'organisation des groupes de malades, à l'adaptation de l'éducation qui leur est faite à l'hôpital et à domicile, à la compréhension de la personnalité du malade, mais aussi à l'activité proprement social des assistantes qui s'efforcent de lever les obstacles de toute nature s'opposant à la guérison des malades.

A la Policlinique. — Les assistantes peuvent s'organiser pour connaître chaque cas avant la visite médicale car grâce au système de rendez-vous, elles ont chaque matin, à leur disposition, la liste des consultants pour la journée. *Une première assistante se promène dans la salle d'attente pour revoir les cas anciens et dépister les nouveaux. Une deuxième assistante, constamment présente à son bureau près de la salle d'attente, approfondit les cas que lui refère la première assistante.*

La première assistante, *quand le cas est ancien*, a le temps de causer avec la famille, et de connaître ses

besoins nouveaux pendant la demi-heure d'attente et de préparation de l'enfant par l'infirmière : pesée, mensuration, prise de la température. Si le malade est ensuite *examiné individuellement*, elle vient parler de son cas avec le médecin. S'il vient pour un *examen périodique*, l'assistante, présente pendant toute la durée de l'examen des malades conviés par catégorie, se tient auprès du médecin pour le mettre au courant des divers faits survenus sur chaque cas et recevoir directement du docteur ses conseils et ses desiderata. Elle les explique au malade, vérifie et organise ce qu'il faut pour qu'il puisse les mettre en pratique. Toutes les fois qu'une complication sociale importante se révèle et que son étude serait de nature à faire obstacle au bon fonctionnement de la consultation, l'assistante *peut envoyer le malade, pour que cette difficulté soit débrouillée à fond, à la deuxième assistante sociale présente à son bureau.*

L'assistante responsable d'une consultation, sachant toujours quels sont *les cas nouveaux* dans la salle d'attente, dépiste leurs besoins et envoie ceux pour lesquels une *action sociale intense ou rapide est nécessaire, au bureau de la seconde assistante*, dont la permanence à côté de la salle d'attente, dans une pièce qui lui est spécialement réservée, *facilite aux malades toutes les confidences.* C'est là que le médecin également, réfère les cas pour lesquels il désire un supplément d'information. Cette deuxième assistante *peut immédiatement vérifier les dires du malade* en téléphonant aux œuvres qui le connaissent, elle *peut aussitôt communiquer avec n'importe quelle organisation susceptible d'aider son client et obtenir à celui-ci des rendez-*

vous précis pour qu'il ne fasse jamais lui-même des démarches inutiles.

La deuxième assistante *commence* à ce bureau même *le case-work, s'attaquant à chacun des problèmes des divers membres de la famille.* Cette assistante jette à l'hôpital même les bases d'un redressement social complet à propos d'enfants dont beaucoup seraient passés à travers les consultations sans même retenir l'attention du médecin.

L'Assistante du Service Social a pris dans les consultations un rôle d'organisation qu'aurait une excellente surveillante, mais avec en plus, *la connaissance intime et sociale du malade* ; ce qui lui permet d'organiser l'ensemble plus utilement encore pour le médecin et pour le malade que ne peut le faire une surveillante ordinaire.

D'autre part, *elle renforce la thérapeutique médicale par sa méthode de traitement et de prévention sociale.* En effet, elle connaît et dirige, dans la vie du malade, tous les facteurs de guérison extérieurs à l'hôpital, éléments sociaux et individuels du pronostic qu'il était impossible au médecin autant qu'à son infirmière d'atteindre et de modifier. Chaque jour, l'assistante sait mieux supprimer les obstacles du malade et reconstruire son avenir avec sa santé action d'autant plus féconde que le travail social qu'elle fait est *très préventif quand elle l'approfondit jusqu'au case-work.* Cette dernière méthode de travail social est initiée par toute les assistantes et rendue possible à l'hôpital grâce à leur organisation de consultations sociales à *double jeu,* qui permet de réaliser à la fois le dépistage de tous les consultants et de mettre en

action un *travail social intensif pour tout cas où il se revèle nécessaire.*

Parmi les nouveaux malades et consultants il y a une proportion de 10 % nécessitant un Service Social intensif.

INTIME COLLABORATION MEDICALE — CAS CARDIAQUES

Le secret du perfectionnement que le service social apporte à un hôpital dans le traitement des maladies et leur prévention, réside dans sa double collaboration avec le médecin et avec le malade.

Cette collaboration se réalise lorsque le service social éduque les malades en vue de leur propre guérison et organise, à l'hôpital et à domicile, ce qui manquait aux médecins pour que leurs soins soient efficaces.

Mais le perfectionnement vient surtout de ce que le service social d'une part, considère les malades séparément, non comme des cas, mais comme des individus, et appelle sur chacun l'attention particulière du médecin, et d'autre part offre à ce dernier de considérer non point seulement la maladie, mais son importance pour le malade et son importance sociale.

C'est pourquoi, grâce au service social, tout diagnostic et plan de traitement n'est élaboré qu'après la connaissance des éléments sociaux et personnels qui influencent l'évolution de la maladie et tout obstacle au succès du traitement est alors surmonté en tenant compte de la personnalité du malade et de ses rapports avec son entourage.

C'est dans le désir d'adapter son travail aux besoins de chaque individu que le service social entreprend une étude approfondie de tout cas qui lui est soumis dans l'hôpital. Cette étude individuelle se développe suivant un plan d'analyse et d'action que nous allons envisager plus particulièrement pour l'une des catégories d'enfants soignés à l'hôpital, pour les cardiaques.

L'hôpital des enfants de Boston a hospitalisé, en 1925, près de 80 cardiaques, et a soigné et surveillé plus de 200 cas dans ses polycliniques.

Apport de l'enquête sociale pour ajouter a l'examen médical

Le rôle du Service Social est d'entreprendre, pour tout cardiaque, qui vient à l'hôpital, une enquête complète. Cette enquête renseigne :

1° Le médecin sur les *conditions hygièniques* dans lesquelles vit l'enfant.

a) La salubrité de l'habitation, mauvaise situation, proximité d'une rivière, nature du sol, humidité des pièces, obscurité, mauvais éclairage, chauffage employé.

b) L'hygiène personnelle à laquelle est soumis l'enfant : Chambre du malade, s'il couche seul dans son lit, nature du repos observé dans la journée, composition de ses repas, importance de ses jeux, de ses exercices, l'hygiène à l'école, la place qu'il occupe, la distance du trajet de la maison à l'école, les étages à monter, etc...

2° Cette enquête renseigne l'assistante sur les *conditions sociales d'existence de l'enfant* et permet que l'assistante connaisse :

a) Les obstacles économiques qui handicaperaient la convalescende de la cardiopathie ;

b) La psychologie de la famille, son autorité et sa discipline vis-à-vis du malade, son impuissance à collaborer efficacement dans les plans les meilleurs pour l'enfant ;

c) Les besoins de l'enfant, le niveau de son instruction, la nécessité de la continuer malgré la maladie, la nécessité d'une orientation professionnelle, adaptée à son état.

3° L'observation de l'assistante devant être sociale ne se limite pas à l'enfant, mais s'étend de même à tous les *membres de la famille* et cherche à remédier aux divers obstacles se rapportant à la santé, au travail professionnel, au budget, à l'éducation, à l'hygiène mentale. Tous remèdes et services qui sont mis en œuvre d'après les méthodes du case-work.

Modalités sociales du traitement médical

L'enquête complète permet à l'assistante de juger des éléments de succès d'une cure suivant qu'elle serait faite à domicile, en institution ou en placement familial et lui permet de prendre la responsabilité de conseiller au médecin la méthode de cure qui donnera le meilleur résultat social.

Traitement à domicile. — Le traitement et la convalescence seront confiés à la famille si l'assistante sociale trouve le milieu familial favorable à l'observation des prescriptions médicales. Dans ce cas, l'assistante, tout en travaillant elle-même à modifier le milieu et à sur-

monter les obstacles de diverse nature qu'elle a diagnostiqués, organise médicalement cette cure en prévenant les Infirmières Visiteuses de l'Organisation des Infirmières de Santé Publique du district où habite l'enfant. Cette organisation assure la continuation des soins et la surveillance quotidienne de toutes les précautions et règles d'hygiène que le médecin de l'hôpital a prescrites : période de repos, régime, durée des exercices, etc... Ces infirmières visiteuses attachées à un district sont des infirmières soignantes pour les familles de leur quartier, mais sont en même temps des infirmières polyvalentes et éducatrices formées à agir comme des infirmières visiteuses d'hygiène. C'est pourquoi, après la sortie de l'hôpital, toute cure médicale ou toute convalescence à domicile pourra être stystématiquement placée sous leur surveillance continue ; surveillance d'autant plus efficace que l'infirmière du district est plus à même que l'assistante sociale de visiter aussi souvent qu'il est nécessaire les malades de son quartier.

Nécessité du placement spécial. — Mais il est de règle que le traitement soit envisagé en placement spécial si l'assistante, d'après son étude du milieu familial, prévoit qu'elle ne réussira pas à remédier aux obstacles suivants :

Éloignement de la famille de la zone d'éducation hygiénique et de contrôle incombant à l'infirmière du quartier.

Mauvaise volonté de la mère à changer ses occupations au dehors pour surveiller son enfant.

Échec des efforts tentés pour un autre des enfants dans cette même famille.

Incompréhension des parents :

Indiscipline notoire de l'enfant chez lui.

Turbulence des autres enfants, ou bien leur inintelligence vis-à-vis du petit malade, et cela malgré les efforts d'adaptation et de rééducation tentés par l'assistante d'hygiène mentale de l'hôpital.

Tout cela indique à l'assistante sociale qu'elle doit prévenir le médecin de ne pas compromettre le succès de son traitement dans une cure à domicile, mais étudier les conditions dans lesquelles se trouverait l'enfant si sa cure était suivie en placement spécial.

Quand un placement est jugé nécessaire pour un cardiaque, il est assuré par des œuvres privées, et l'assistante choisit avec le médecin le placement le meilleur pour l'avenir de l'enfant.

Placement en Institution. — Les placements en institutions répondent aux divers besoins :

1° Les enfants convalescents qui après quelques semaines ou quelques mois, pourront reprendre une activité, soit normale, soit peu diminuée, sont envoyés à « *The House of The Good Samaritain* », institution privée située à cinq minutes de l'hôpital des enfants :

2° Les enfants incurables nécessitant l'hospitalisation sont transportés à cette même institution qui réserve quelques lits pour leurs cas.

3° Les enfants atteints de cardiopathie chronique, mais dont on peut espérer améliorer l'état en prolongeant leurs soins, alités, ou demi-alités, pendant une,

deux ou trois années, sont reçus à « *Robert Brigham Hospital* » hôpital spécial de chroniques situé à dix minutes de celui des Enfants malades.

Ces institutions privées possèdent un service social et ont organisé un enseignement scolaire régulier au lit des enfants, des travaux d'agrément appropriés à leurs goûts, des bibliothèques et des jeux.

Cette institution conçoit, comme adjuvants thérapeutiques, les travaux manuels, chaque jour adaptés aux forces physiques du malade par une spécialiste payée par l'hôpital.

Placement familial. — A côté de ces institutions hospitalières parfaitement installées pour l'hygiène et le traitement des cardiaques, l'Assistante dispose aussi de l'organisation par des œuvres privées de placements familiaux où elle peut choisir le mieux approprié à l'état médical du malade.

Le genre placement familial qui a fait ses preuves en France pour préserver les enfants contre la tuberculose est sans cesse l'objet d'un perfectionnement social aux États-Unis, où il s'étend à toutes les catégories d'enfants avec l'avantage de conditions hygièniques modernes : eau courante, salle de bains, terrasse, sont le minimum exigé d'une famille qui veut prendre des enfants. Et que celui-ci soit sain ou convalescent, l'œuvre sociale s'inquiète toujours de choisir une famille où l'enfant puisse bénéficier d'une compréhension non seulement de son état physique, mais de son caractère de ses goûts et de ses aptitudes. En effet, les œuvres de placement d'enfants

confient à des psychologues l'étude des dispositions intellectuelles ou affectives de l'enfant ou requièrent la compétence des « Behavior-Clinics » et des « Children's Guidance Clinics », l'hôpital des enfants lui-même a une assistante sociale de psychiatrie à laquelle est confiée l'étude de la personnalité de l'enfant pour lui choisir un milieu adapté autant à ses besoins en hygiène mentale qu'à ses besoins physiques.

Réadaptation sociale de l'enfant atteint de cardiopathie.

L'assistante qui s'est inquiétée de préserver la personnalité des enfants malades, en même temps qu'elle organise l'amélioration de leur état physique a également comme tâche de favoriser leur adaptation à l'école et en apprentissage. L'assistante organise l'adaptation physique du cardiaque à l'école : suppression des étages à monter, des jeux violents, période de repos sur chaise longue, régime de l'enfant au lunch.

Apprentissage :

L'assistante sociale de l'hôpital envisage l'orientation professionnelle des cardiaques, une profession calme, est choisie suivant les aptitudes de l'enfant : bijoutier, petits travaux de mécanique, peinture, etc... et suivant la possibilité qu'elle offre pour l'observation des recommandations médicales. L'apprentissage est assuré à l'école ou par les soins du service social, et reste sous la surveillance médicale.

Tous les cardiaques sont gardés sous le contrôle médical

Le service social se maintient en liaison avec tous les cas de cardiopathie étudiés par l'hôpital. En effet, quelle

que soit la forme de traitement hygiènique et social mise au point pour chaque cardiaque, le service social a charge de rester en relations avec tous pour les maintenir sous un contrôle médical. Liaison qui se fait par l'intermédiaire des infirmières visiteuses ou des œuvres sociales quand le malade est alité ou placé, mais quand le malade est en traitement dans sa famille, c'est aisément que le contrôle de son assiduité aux polycliniques s'obstient, grâce au système de rendez-vous et de fellow-up appliqué naturellement à tout malade de la consultation spéciale des cardiaques.

Le but du service social est de collaborer étroitement avec le service médical pour assurer à chaque enfant cardiaque l'amélioraríon maximum compatible avec son état, la réadaptation la plus appropriée avec orientation professionnelle la surveillance de tous les ardiaques ambulatoires, aussi bien dans leur intérêt propre que pour de futures recherches médicales.

Prophylaxie des maladies de cœur. — Les recherches médicales tendent déjà à obtenir la diminution, si possible, des maladies de cœur en surveillant tous les enfants qui semblent candidats à une cardiopathie à la suite de chorée, grippe, ou rhumatisme.

C'est dans ce dessein de prévention que le service social collabore à un examen systématique de tous les enfants ayant été atteints de chorée, d'inflammation des végétations adénoïdes et des amygdales et réalise, en liaison avec les médecins scolaires, un dépistage de tous les bruits suspects du cœur. Ensuite les enfants

suspects ou ayant eu une première crise de rhumatisme articulaire aigu seront soumis à des examens périodiques.

Nous pouvons dire que le dépistage et la surveillance de toutes les cardiopathies et des cas d'apparence suspecte, sont assurés par l'hôpital grâce à son service social comme la tuberculose est contrôlée par quartiers par les infirmières de nos offices d'hygiène sociale.

C'est un rôle d'hygiène et de médecine préventive réalisé pour l'individu par un grand centre médical, sans que la question de contagiosité intervienne d'une manière connue comme dans la syphilis ou la tuberculose. Mais l'action sociale est en raison surtout de l'invalidité future, de la diminution des aptitudes et de la résistance au travail résultant des cardiopathies évoluant en dehors de cette surveillance. C'est un capital humain à protéger, dont le service social a le devoir de s'occuper.

La protection de l'individu constitue une protection de la Société, parce que la société garantit à l'individu son maximun de chances dans l'avenir et se garantit elle-même contre les pertes de salaires et de rendement que l'invalidité fait subir

CHAPITRE II

La collaboration méthodique des Organisations d'Infirmières Visiteuses de Boston avec le Service Social à l'Hôpital pour assurer les soins à domicile et la protection de la santé — et le problème de la coordination des visites à domiciles dans chaque cas pour éviter de pénétrer en double dans les familles.

Si grand que soit l'effort d'adaptation du Service social de l'hôpital de Boston aux besoins d'ordre médical et hygiénique révélés dans un hôpital d'enfants, nous ne voudrions pas laisser croire que le Service social de l'Hôpital des Enfants de Boston assume à lui seul l'éducation et la surveillance à domicile de tous les malades sortis et de tous ses consultants.

Son effort est secondé par le travail méthodique en Médecine Préventive et Hygiène Publique de quatre grandes organisations ayant des infirmières visiteuses : .

L'Association des infirmières de Santé Publique de Boston.

L'Office d'Hygiène de Boston.

L'Organisation anti-tuberculeuse de Boston.

L'Inspection Médicale des Ecoles de Boston.

Les efforts des infirmières dans ces quatre grandes organisations sont en plus coordonnés par la ligue de Santé Publique.

EFFORTS EN MÉDECINE PRÉVENTIVE ET HYGIÈNE DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES DE SANTÉ PUBLIQUE

L'Association des infirmières de santé publique, organisation privée, se consacre à une programme général, de *santé familiale*, comprenant les *soins au lit du malade*, les *soins prénataux*, les *soins au nouveau-né, les soins et le contrôle des cas de paralysie infantile.*

Mais à chaque fois qu'elle pénètre dans une famille, cette infirmière visiteuse s'applique à renforcer son action sur trois points : guérison, maintien de la santé, prophylaxie.

L'Association des Infirmières de Santé Publique comprend 123 infirmières diplomées, elle répartit entre les 15 districts de la ville 93 de ses infirmières visiteuses. Parmi ces infirmières visiteuses, 6 s'occupent uniquement des soins post-partum et des soins aux nouveaux-nés, et 7 de la physiothérapie. Les autres infirmières agissent chacune dans leur quartier comme infirmières soignantes et polyvalentes en hygiène.

La polyvalence dans le travail des infirmières de santé publique est l'objet d'un contrôle et d'un perfectionnement constant, parce que le bureau central dispose de surveillantes qui sont des infirmières spécialisées et qui agissent alors comme monitrices vis-à-vis des infirmières de district. Ainsi, il y a, pour l'ensemble de l'Association des Infirmières de Santé Publique :

Une infirmière monitrice en hygiène maternelle et infantile,

Une monitrice en orthopédie,

Quatre infirmières monitrices en hygiène alimentaire appelées diétitiennes.

Deux infirmières monitrices en hygiène mentale.

D'autre part, chaque section de quartier a sa surveillante propre, aidée d'une assistante et d'une secrétaire.

La présence de ces infirmières de district permet au Service social de l'hôpital des enfants de Boston de se baser sur elles pour obtenir qu'à toute heure et dans tout quartier, les soins appropriés aux besoin des malades sortant de l'hôpital et des consultants soient continués et assurés régulièrement. L'activité des infirmières de district permet aussi que les maladies contagieuses soient soignées à domicile. La polyvalence des infirmières de district en hygiène permet en plus de renforcer à domicile l'action intensive du service social dans certains problèmes de médecine préventive, et spécialement en orthopédie, dans la lutte contre la paralysie infantile, en hygiène alimentaire, et en hygiène mentale.

Activité des infirmières visiteuses se rapportant à la paralysie infantile.

Nous avons vu page 33 que seuls, les cas habitant un district voisin de l'hôpital sont visités par une infirmière de l'hôpital des enfants. Les autres cas de Boston sont soignés et surveillés à domicile par l'association des infirmières visiteuses de santé publique. En 1925, 8 de ces infirmières avaient eu une formation spéciale de massage à l'Université de Harvard pour s'occuper, dans leur quartier, de 172 cas de paralysie infantile.

Activité des infirmières visiteuses se rapportant à l'hygiène alimentaire.

L'hygiène de l'alimentation fait partie d'un plan très complet d'hygiène que chaque infirmière visiteuse applique dans ses familles. Mais pour surveiller le travail de ses infirmières dans cette branche, l'Association des Infirmières de santé publique a quatre diétitiennes monitrices d'hygiène alimentaire. Ces diétitiennes servent de consultantes, d'inspectrices et de monitrices.

a) Les infirmières visiteuses les consultent dans les cas dont l'hygiène alimentaire leur cause quelque difficulté. Les diétitiennes accompagnent l'infirmière dans la famille ; mais le plus souvent, ne vont pas à domicile et donnent à l'infirmière elle-même les conseils appropriés sur :

L'organisation des menus d'une famille suivant les divers régimes prescrits.

L'établissement des feuilles de consommation quotidienne pour les diabétiques ;

Indiquent les dépenses que les menus entraînent dans la famille suivant l'âge du malade, les dépenses extraordinaires dues à l'observation des régimes. C'est de cette approximation exacte des dépenses que se déduit la valeur du secours pécunier à obtenir au malade suivant son cas.

b) Les diétitiennes agissent comme inspectrices dans chaque district, pour tout ce qui a trait à l'alimentation dans le travail à domicile des infirmières visiteuses, et obligent les infirmières à surveiller très sérieusement l'alimentation des femmes enceintes et des mères nourrissant leurs enfants.

c) Les diétitiennes sont monitrices auprès des infir-

mières visiteuses pour les perfectionner en hygiène alimentaire par :

des démonstrations pratiques de cuisine à enseigner au domicile même des familles

des causeries sur le dépistage des mauvaises habitudes alimentaires et leur correction.

Les diétitiennes sont monitrices auprès des mères dans les clubs de mères pour y faire l'éducation des mères en hygiène alimentaire, pour elles-mêmes, leurs enfants et toute leur famille. A ces clubs, l'enseignement théorique est donné en calories, mais est renforcé par un enseignement pratique.

On considère que l'hygiène alimentaire est bien réalisée dans chaque famille visitée par les infirmières, quand il existe une infirmière diétitienne pour aider et contrôler en ce sens le travail de quinze infirmières visiteuses polyvalentes.

Activité des infirmières visiteuses se rapportant à l'hygiène mentale.

Depuis 1926, il existe une monitrice d'hygiène mentale laquelle fut formée dans cette branche comme les assistantes sociales spécialisées en psychiatrie. Elle est assistée d'une aide. Toutes deux agissent comme consultantes monitrices et éducatrices en prophylaxie mentale. :

1° Auprès des infirmières qu'elle guide dans l'étude de cette branche par des lectures, des cours de perfectionnement et des dicussions de cas.

2° Auprès des familles — les monitrices ont eu à comprendre environ 200 cas de problèmes mentaux en 1925.

Ces monitrices d'hygiène mentale entreprennent, pour les infirmières visiteuses, une étude des ressources de la ville en prophylaxie mentale, afin de collaborer efficacement avec les organisations d'hygiène mentale de Boston, elles instruisent les infirmières à diriger préventivement leurs familles vers les œuvres appropriées, et à faire appliquer ensuite intelligemment à domicile les recommandations données par un psychiâtre ou un psychologue, dans les cas où aucune autre assistante sociale de psychiatrice ne peut venir dans la famille.

Nous admirons que tout ce programme de soins, d'éducation et de surveillance de chaque enfant malade dans sa famille puisse être aussi aisément confié par le service social de l'hôpital des enfants à l'Association des Infirmières de santé publique.

EFFORTS EN MÉDECINE PRÉVENTIVE DE L'OFFICE D'HYGIÈNE DE BOSTON.

L'Office d'Hygiène de Boston comprend 7 divisions :

1° Les statistiques vitales ;

2° La médecine, maladies contagieuses avec infirmières visiteuses ;

3° Hygiène infantile et centre de santé avec infirmières visiteuses ;

4° Alimentation ;

5° Contrôle du lait,

6° Ordres ménagères ;

7° Laboratoire.

L'Office d'hygiène de Boston, dans son programme d'hygiène publique, entreprend :

La surveillance et la prophylaxie des maladies contagieuses.

La protection de l'enfant jusqu'à l'âge scolaire.

En dehors de la création de centres de santé dans la ville, l'Office étend son action à domicile par ses infirmières visiteuses municipales, au nombre de 62, plus 2 diétitiennes. Ces infirmières sont surveillées par 6 monitrices et travaillent sous la direction d'une infirmière-chef.

L'activité des infirmières visiteuses municipales tend à être polyvalente ; elles vont surveiller à domicile chaque cas de maladie contagieuse, visitent systématiquement tous les nouveaux-nés de Boston, les suivent dans les consultations de nourrissons des centres de santé où tous les enfants de la Ville sont enregistrés, afin d'être gardés sous surveillance jusqu'à leur entrée à l'Ecole.

Activité des infirmières visiteuses municipales pour les maladies contagieuses.

Le rôle des infirmières visiteuses municipales est d'organiser l'isolement du malade, d'expliquer la manière dont les soins prescrits par le médecin peuvent être appliqués, d'enseigner à l'entourage les mesures de prophylaxie à observer au cours des maladies contagieuses. Elles surveillent la famille par une visite répétée tous les trois jours. Ce travail leur a demandé 48.300 visites en 1925.

Activité des infirmières municipales pour la protection de la première enfance et de l'âge pré-scolaire.

Les infirmières municipales assurent les consultations de nourrissons de la Ville, l'inspection des crèches, et

font les enquêtes sur les causes de la mortalité infantile et maternelle. Elles ont 24 centres de consultations pour les nourrissons et les enfants d'âge pré-scolaire de 2 ans à 6 ans. L'assiduité aux centres, fut, en 1925 de 40.143 visites pour les enfants au-dessous de 2 ans, et de 3.753 visites pour les enfants de 2 ans à l'âge scolaire.

Les infirmières municipales ont fait à domicile, pour ces enfants, en 1925, 140.000 visites.

Les 2 diétitiennes complètent et secondent le travail d'éducation des infirmières en s'occupant d'enseigner l'hygiène alimentaire des enfants dans des conférences aux mères en organisant les démonstrations de lait et de menus.

INFIRMIÈRES VISITEUSES DU SANATORIUM ANTITUBERCULEUX DE BOSTON.

Les infirmières visiteuses du sanatorium antituberculeux de Boston sont au nombre de 34.

EFFORTS EN HYGIÈNE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE DE L'INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE

Le service médical des Ecoles comprend 57 infirmières scolaires, réalisant une proportion faible de une infirmière pour un peu moins de 2000 élèves. Ces infirmières renforcent leur action préventive sur les cas suspects de maladies du cœur, les pré-tuberculeux, et la nutrition des enfants. Elles organisent la propagande pour l'immunisation contre les maladies contagieuses.

En résumé, nous venons de voir que le service social peut s'appuyer, pour toute action hygiénique, sur le fait

que la *surveillance de la santé de tous les enfants de Boston est assurée depuis leur naissance.*

Les résultats obtenus par les médecins de l'hôpital dans leurs efforts vers la guérison des enfants seront donc maintenus grâce à cette surveillance ininterrompue et seront même renforcés par l'action systématique des 4 organisations d'infirmières visiteuses dans la lutte contre les maladies contagieuses, dans l'éducation en puériculture, en hygiène alimentaire et en hygiène mentale.

COORDINATION DANS LES VISITES A DOMICILE FAITES PAR LES INFIRMIÈRES DES DIFFÉRENTES ORGANISATIONS

La meilleure manière de réaliser à domicile un programme de médecine préventive et d'hygiène publique est d'organiser toutes les infirmières visiteuses de la Ville pour être polyvalentes, chacune ayant à assurer la surveillance de l'éducation et la famille sur tous les points où celle-ci en a besoin.

La polyvalence permet d'obtenir qu'une seule infirmière ait à pénétrer dans une famille, que ce soit le père, la mère, les nourrissons ou les écoliers qui aient besoin d'aide et de surveillance. Ainsi, la famille n'est plus envahie en même temps par plusieurs infirmières visiteuses venant, sous des prétextes divers, l'une envoyée par l'Ecole, l'autre par la consultation de nourrissons, une troisième par l'hôpital, une quatrième par le dispensaire anti-tuberculeux, etc ... C'est pourquoi, à Boston, les

infirmières visiteuses bien qu'appartenant à quatre organisations différentes, coordonnent leurs visites à domicile de manière à ne prénétrer jamais en double dans les familles.

Manière d'éviter la duplication des visites à domicile.

Toutes les infirmières s'avertissent mutuellement de leurs allées et venues dans chaque famille par l'intermédiaire du fichier central[1], et ainsi elles savent à tout moment à laquelle de leur collègue elles peuvent transmettre la responsabilité du travail qu'elles seraient venue faire chacune indépendamment dans la famille.

LA COORDINATION DU TRAVAIL ENTRE LES INFIRMIÈRES VISITEUSES DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES DE SANTÉ PUBLIQUE ET LES AUTRES INFIRMIÈRES VISITEUSES DE BOSTON.

Les infirmières de l'Association des infirmières de santé publique avertissent l'Office d'Hygiène et l'organisation de l'Inspection scolaire du moment où elles entrent dans une famille pour y donner des *soins* et du moment où elles cessent ceux-ci.

Inversement, les infirmières municipales, les infirmières scolaires, appellent les infirmières de l'Association des infirmières de santé publique pour les soins à donner dans les familles sous leur contrôle et transmettent à ces infirmières la surveillance complète de tout ce qu'il y a à faire dans ces familles, tant que dure le traitement de l'un des membres.

1. Le fichier central est utilisé par toutes les organisations d'hygiène et les œuvres sociales, voir p. 71.

a) La coordination prévoit que pour les *maladies contagieuses*, les infirmières municipales, à l'issue de leur première visite destinée à organiser la prophylaxie, avertissent directement, par téléphone et par écrit, les infirmières de l'Association des Infirmières de santé publique de tous les cas nécessitant des soins à domicile, et dans ces cas, ne retourneront elles-mêmes dans la famille qu'à la fin de la maladie, pour relever la mise en quarantaine, vérifier la désinfection et autoriser le retour de l'enfant à l'école. La bonne observation des moyens prophylactiques prescrits par l'infirmière municipale est surveillée par l'infirmière de santé publique en même temps qu'elle donne ses soins au malade. En retour, les infirmières de l'Association des infirmières de santé publique devront avertir, elles-mêmes l'Office d'Hygiène de tous les cas de maladies contagieuses, bénins ou suspects, qu'elles rencontrent dans leurs visites, si aucun médecin n'est appelé par la famille, afin que l'Office d'Hygiène puisse faire appliquer dans les familles les mesures habituelles de prévention, comme dans les cas déclarés par les médecins.

b) La coordination prévoit que, pour la *surveillance des nourrissons* et des *enfants d'age pré-scolaire*, les infirmières visiteuses de l'Association des infirmières de santé publique avertissent l'Office d'Hygiène du moment où elles ont cessé dans une famille leurs soins au nouveau-né, pour que les infirmières visiteuses municipales puissent venir à leur tour dans la famille afin de surveiller la santé de l'enfant jusqu'à son entrée à l'école.

En retour, les infirmières municipales cesseront leurs

visites de surveillance aux enfants quand une infirmière de l'Association des infirmières de santé publique aura à pénétrer à nouveau dans la famille pour des soins ou pour une surveillance prénatale, par exemple. Dans ces cas, au lieu que deux infirmières visitent une même famille, il est convenu que la responsabilité entière de la famille ira toujours à l'infirmière de l'Association des infirmières de santé publique, apte en même temps aux soins et à la surveillance et qui, en conséquence, aura charge de transmettre elle-même, à l'Office d'Hygiène les rapports réguliers qu'il désire sur la santé des enfants soumis à son contrôle.

c) La coordination prévoit que pour les enfants *d'âge scolaire*, les infirmières de l'Association des infirmières de santé publique devront envoyer régulièrement au service de l'Inspection médicale des écoles, la liste de tous les enfants, d'âge scolaire dans les familles qu'elles visitent, pour qu'en réponse, les infirmières scolaires avertissent les infirmières de santé publique du programme spécial d'hygiène que l'école demande pour ces enfants et que ce programme soit appliqué au foyer et renforcé à chaque visite de l'infirmière de l'Association des Infirmières de Santé Publique, sans que l'infirmière scolaire ait à y aller.

C'est pourquoi, en réalité, dès que leurs enfants atteignent l'âge scolaire les diverses infirmières visiteuses qui travaillent dans les familles organisent une réunion spéciale avec les infirmières scolaires pour juger ensemble de la nécessité d'une action spéciale en hygiène pour les enfants et décident, dans cette réunion, qui devra en

prendre la responsabilité : l'infirmière de l'école ou les infirmières privées.

En retour, les infirmières scolaires devront avertir l'Association des infirmières de Santé Publique, de leurs enfants malades, soit immédiatement par téléphone, soit par écrit. De cette manière les infirmières scolaires n'ont pas à aller dans une famille tant qu'elle est soignée par les infirmières de l'Association des Infirmières de Santé Publique, mais doivent prévenir celles-ci du travail défini qu'elles ont commencé avec les enfants afin qu'il soit continué par les infirmières de l'Association des Infirmières de Santé Publique qui en enverront un rapport à l'infirmière scolaire.

LA COORDINATION DU TRAVAIL ENTRE LES ASSISTANTES DU SERVICE SOCIAL DE L'HOPITAL DES ENFANTS ET DES INFIRMIÈRES VISITEUSES DE TOUTES LES AUTRES ORGANISATIONS D'HYGIÈNE DE BOSTON [1].

La coordination dans le travail de toutes les infirmières de Boston, que nous venons d'étudier, facilite la tâche du Service Social.

Ainsi, le service social peut envoyer automatiquement

1. La collaboration des Infirmières visiteuses et des Assistantes Sociales dans le programme d'Hygiène de Boston et la coordination dans les visites à domicile furent soumises à l'étude statistique et à l'examen critique de deux remarquables Surveys.

1° The Community Health association and its relations to Boston's Health Program. by C.E.A Winslow, professeur of Public Health, H Tucker, I.V. Hiscock, *Community Health Association*, 1 Federal Street Boston.

2. The Interrelations of the Hospital Social Service Departments and the Community Health Association of Boston by E. Richards Day.

Le Service Social de l'Hôpital des Enfants de Boston a contribué pour sa part dans ces Surveys terminés respectivement en 1926 et 1928.

tous ses cas qui ont besoin de soins à domicile à l'Association des infirmières de santé publique qui les soigne. et veille à maintenir la liaison avec l'hôpital. Il suffit en effet que le service social transmette à cette organisation d'infirmières le nom, l'adresse, le diagnostic, les recommandations du médecin pour chaque malade, et ajoute les rendez-vous qui lui sont donnés pour qu'il revienne aux consultations de l'hôpital.

En général tout cas transmis à une infirmière de l'Association des Infirmières de Santé Publique est visité le jour même, et un rapport, en est envoyé dans les 24 heures au Service Social.

Pour les cas où des soins à domicile sont urgents, il suffit même que le service social prévienne l'Association des Infirmières de Santé Publique par téléphone.

Pour illustrer l'activité de cette liaison entre les services sociaux et les infirmières visiteuses, Miss F.R. Day [1] en suivant pendant un mois 411 cas nouveaux que les services sociaux des hôpitaux de Boston avaient envoyés à l'Association des Infirmières de Santé Publique, a trouvé que ces services transmettaient leurs avis de la manière suivante :

Dans 351 cas : par la feuille de liaison ;
Dans 2 cas : par lettre ;
Dans 42 cas : par téléphone ;
Dans 9 cas : par la feuille de liaison et le téléphone
Dans 4 cas : par lettre et téléphone ;

1. Miss F.-R. Day. *Interrelations of the Hospital Social Service Departments and the Community Health Association of Boston.*

Dans 3 cas : par la feuille de liaison, lettre et téléphone.

Par contre, l'Association des Infirmières de Santé Publique transmet beaucoup moins de cas nouveaux aux services sociaux des Hôpitaux de Boston : 33 cas seulement pendant la même période et de la manière suivante :

16 par la feuille de liaison ;
5 par téléphone ;
1 par lettre ;
1 par lettre et téléphone ;
1 en accompagnant le malade à l'hôpital.

Parmi les cas à surveiller longuement d'un point de vue hygiénique et médical, ceux se rapportant à une mauvaise alimentation chez les nourrissons, à des troubles digestifs chez les enfants, ainsi que les diabétiques et les cardiaques, peuvent être confiés par le Service social de l'hôpital à l'Association des Infirmières de Santé Publique de la même manière qu'on confié la surveillance à domicile des tuberculeux à l'infirmière de tuberculose. Le Service Social à l'hôpital n'assure plus que la liaison médicale et sociale entre l'hôpital et l'Association des Infirmières de Santé Publique. Il transmet à l'Association des Infirmières de Santé Publique ce que les médecins conseillent pour ces malades, à chaque fois qu'ils viennent aux consultations de l'hôpital.

En raison de l'aide apportée par l'Association des infirmières de santé publique au Service social, celui-ci, en retour, tiendra régulièrement l'Association des Infirmières de Santé Publique au courant de l'état médical

des malades que cette organisation a envoyés à l'hôpital, ainsi que de l'évolution de tous les malades que connaissent les infirmières de l'Association des Infirmières de Santé Publique.

La collaboration dans l'ensemble est très satisfaisante car une étude minutieuse[1] de la collaboration réalisée entre les Services sociaux des hôpitaux et l'Association des Infirmières de Santé Publique dans tous les cas qui s'étaient achevés d'un côté ou de l'autre pendant une période de 3 mois a montré que la proportion des cas satisfaisants était de :

68 % sur un 1er groupe de 208 cas ;

89 % sur un 2e groupe de 448 cas ;

84 % sur un 3e groupe de 937 cas, lorsque ces cas avaient été envoyés par les Services sociaux des hôpitaux à l'Association des Infirmières de Santé Publique, et de :

82 % sur un 1er groupe de 39 cas ;

96 % sur un 2e groupe de 25 cas ;

85 % sur un 3e groupe de 186 cas, lorsque ces cas avaient été adressés par l'Association des infirmières de Santé Publique aux Services Sociaux des Hôpitaux.

D'autre part, sur un total de 177 cas où la collaboration avait été considérée comme insuffisante l'étude des causes montrait que l'erreur ou l'oubli provenait :

A) 109 fois des rouages *mécaniques* (adresses incorrectes : 41 fois ; oubli par l'Association des Infirmières de Santé Publique de prévenir les services sociaux comme

1. Miss F.-R. Day.

elle doit le faire systématiquement lorsqu'elle envoie un malade à l'hôpital : 68 cas).

B) 51 fois des rouages *administratifs* :

(insuffisance des informations médicales transmises aux infirmières = 10 fois.

Difficulté des infirmières pour obtenir les prescriptions médicales nécessaires à leurs visites à domicile = 13 fois, etc.

C) et seulement 10 fois d'un défaut de compréhension du cas :

(3 fois = défaut d'entente mutuelle sur les problèmes sociaux)

(4 fois = responsabilité sociale trop éparpillée n'ayant pas été définie).

Ces chiffres prouvent que 96 % des cas où la collaboration était jugés en erreur peuvent être améliorés uniquement en surveillant la technique mécanique et Administrative de coopération et que 4 % des cas seulement souffraient d'un défaut de compréhension mutuelle.

Le Service Social peut éviter de se surcharger d'inutiles visites à domicile car il observe des règles pour savoir s'il aura ou non à visiter une famille : soit le cas où une même famille est connue à la fois du Service Social et d'un autre groupe d'infirmières visiteuses :

A) si les problèmes que pose la famille sont surtout d'ordre social, c'est naturellement au Service social à agir.

B) Si les problèmes rencontrés sont surtout d'ordre hygiènique et médical : le Service social de l'hôpital peut ne pas faire de visites car c'est à l'infirmière visi-

teuse de prendre la famille en charge — l'infirmière prend en même temps la responsabilité d'envoyer au service social de l'hôpital tous les rapports dont il a besoin, et s'engage à ne pas cesser de s'occuper de la famille à un moment donné sans en prévenir aussitôt le Service social intéressé.

C) Si les problèmes rencontrés sont complexes, il faut qu'il y ait entente entre l'infirmière visiteuse connaissant antérieurement la famille et l'assistante sociale de l'hôpital, pour qu'elles continuent à agir simultanément s'il y a lieu avec une mutuelle compréhension et une entr'-aide constante.

Dans le cas où une même famille est connue à la fois par plusieurs organisations d'assistantes sociales et d'infirmières visiteuses (soit par exemple, l'Association des Infirmières de Santé Publique pour des soins à un nourrisson, les infirmières municipales pour la surveillance d'un enfant d'âge pré-scolaire, les infirmières scolaires pour un enfant d'âge scolaire, les infirmières de tuberculose pour un autre membre de la famille, les Assistantes sociales des Tribunaux d'enfants pour le cas d'un des enfants, — etc). Il y aura aussitôt une réunion entre toutes les visiteuses pour que chacune puisse bénéficier des connaissances de ses collégues sur la famille — réunion au cours de laquelle une étude de la famille sera présentée et suivie d'une décision d'ensemble.

1° Sur les besoins hygiéniques et sociaux de la famille ;

2° Sur les modalités du plan de redressement social le mieux approprié à la famille ;

3° Sur l'organisation devant prendre la responsabilité principale du plan ;

4° Sur la responsabilité propre à chaque visiteuse à l'avenir dans le développement de ce plan.

CHAPITRE III

TECHNIQUE SOCIALE

C'est au-delà du travail en hygiène et en médecine préventive accompli par le service social de l'hôpital des enfants de Boston que commence le véritable rôle social joué par le service social de cet hôpital.

En effet, l'activité propre d'un service social n'est pas de compléter l'organisation médicale nécessaire pour rétablir la santé, mais de veiller à maintenir tous les facteurs autres que la santé qui servent à l'équilibre de l'individu dans la Société. Le rôle le plus important du service social est donc d'assurer un redressement et une prophylaxie dans l'ordre social et non plus seulement dans l'ordre médical.

La Directrice du service social à l'hôpital de Boston est comme le chef de sa section sociale dans l'hôpital et tout membre de cette section au-delà de sa participation médicale, a un rôle *de redressement social*[1].

« Il est intéressant de noter que les principes de relèvement ont été dès 1902 préconisés et mis en pratique en France par M. L'Abbé Viollet à *l'œuvre du logement ouvrier* 92 rue du Moulin vert Paris XIVe. Depuis 17 ans cette œuvre publie une revue ; « *l'Assistance éducative, organe*

Ce redressement commence dès que l'assistante s'applique à envisager chaque cas d'après la méthode scientifique du case-work. C'est la méthode propre à toute assistante sociale comme la clinique est celle du médecin. C'est par son emploi que l'assistante sociale de l'hôpital accompli les 13 premières de ses fonctions principales analysées par Dr. Cabot et parvient, justement parce qu'elle modifie, réadapte, équilibre et contrôle les habitudes et l'entourage, à traiter efficacement son client.

Nécessité du Case-Work à l'Hôpital

Le case-work[1] peut se définir comme l'ensemble des services rendus à un individu par des efforts méthodiques tentés en vue de développer sa personnalité et de le réadapter d'une manière consciente dans la Société.

Dans le case-work, l'assistante sociale s'occupe de surmonter tous les obstacles qui handicapent la personnalité de son client, la malade n'étant qu'un des facteurs

mensuel des Intérêts de la charite privée » de laquelle des enquêtes types, inspirées directement des principes de Le Play et de l'Ecole de la Science Sociale sont insérés chaque mois.

L'assistance y a toujours été considérée comme ayant un but, le relèvement de l'assisté, et comme devant faire avant tout appel à l'effort à l'énergique collaboration de celui-ci. Il s'agit là d'un mouvement tout à fait original, de source et d'initiative française, d'une parfaite indépendance et d'une entière neutralité confessionnelle qui mérite d'attirer l'attention de ceux qui s'intéressent au Service Social ». Mme Krebs-Japy. Le Service Social à l'hôpital.

Voir aussi : *Les œuvres du Moulin vert. De l'Assistance Educative à l'organisation familiale.* Thèse de Henri Deroy, 92 rue du Moulin vert Paris.

1. Dans la traduction française du livre de Mary Richmond « What is Social Case-Work ? » le mot case-work a été traduit par — « Service Social des cas individuels ». Les *Méthodes nouvelles d'Assistance.* Le Service Social des cas individuels par Mary E. Richmond traduit de l'anglais par Mme P. de Chary et le Dr. René Saud, 1926, Librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

et non toujours le plus difficile à découvrir parmi les causes profondes de ces obstacles.

Le but de l'assistante sociale dans un hôpital n'est pas seulement de contribuer à la guérison que désire le médecin, mais encore d'obtenir le redressement social de tous ceux qui ont besoin de tels services. C'est pourquoi le principal travail de l'assistante sociale est d'appliquer à chacun de ses clients la méthode d'étude et d'entr'aide du case-work. C'est la forme d'activité propre à l'assistante sociale comme la clinique est l'art du médecin au lit de son malade. Mais de même que la clinique, le case-work est encore plus un art qu'une science. C'est néanmoins une méthode de travail social qui se perfectionne, s'enseigne, se raisonne et se discute suivant chaque cas ; c'est une méthode de travail social qui accepte de juger ses erreurs, d'analyser ses échecs, comme elle publie ses cas intéressants et ses résultats.

Le principal travail de l'assistante sociale dans l'hôpital est donc de chercher à diagnostiquer d'une part tous les problèmes sociaux du malade, et d'autre part ceux de son entourage, afin de prendre aussitôt tant à l'hôpital qu'au dehors, toutes les mesures nécessaires pour que les conditions rencontrées chez son client puissent être améliorées.

L'oeuvre de l'assistante sociale est de secourir les individus et d'obtenir un redressement et une prophylaxie dans l'ordre social. C'est pourquoi son domaine, s'étendant bien au delà du domaine médical, la formation de l'assistante sociale est bien différente de celle d'une infirmière ; c'est avant tout celle d'une travailleuse sociale ; on y ajoute quelques notions d'hygiène et de médecine préventive. En effet, en hygiène, l'assistante sociale peut être guidée chaque jour par le médecin, mais il ne faut pas oublier qu'elle n'a pas d'autre conseillère qu'elle même pour accomplir sa mission propre de redressement social.

Il est évident que les assistantes sociales ne peuvent entreprendre les case-works de tous les malades qui passent à l'hôpital et les continuer chacun des années comme cela est souvent nécessaire avant qu'un résultat puisse être espéré. Mais à Boston, toutes les assistantes sociales, quelle que soit l'œuvre privée ou publique à laquelle elles appartiennent, ont appris à travailler dans les méthodes du case-work et savent efficacement collaborer. Aussi l'assistante de l'hôpital peut débuter un case-work et se fier à une autre œuvre pour le mener à bien.

Ainsi, à Boston, le service social fonctionne comme *un centre de dépistage social*, n'ayant besoin de garder que quelques cas pour lui, car il est relié à toute une série d'œuvres où se font à *fond* les traitements sociaux des familles et des individus : Community Welfare Association, Children Aid Society, etc...

Inversement si, au cours de ceux-ci, un sujet a besoin de soins médicaux à l'hôpital, il y bénéficiera aussi d'une compréhension de ses besoins sociaux, car les œuvres communiquent alors le point de l'évolution sociale de leur client au service social de l'hôpital pour qu'il agisse en connaissance de cause.

LES PROCEDES DE TRAVAIL DE L'ASSISTANCE SOCIALE

Le fichier central. La liaison des œuvres

Pour mettre en marche la coopération sociale, l'assistance sociale applique en premier lieu un outil qui est le fichier central.

Elle envoie à ce bureau, chaque soir, le nom et l'adresse familiale des enfants entrés à l'hôpital et de tous les consultants à débrouiller.

A. Ce fichier lui renvoie le surlendemain matin, la liste des œuvres ayant déclaré s'être déjà occupées de chaque famille : œuvres religieuses. Sociétés de Saint-Vincent de Paul, Bureau de Bienfaisance. Assistance Privée, Infirmières Soignantes, etc..., liste qui porte le numéro du dossier constitué par ces œuvres, les dates de début et de terminaison de l'action sociale intensive quelles ont tentée.

B. Le fichier central, par le même courrier, prévient les œuvres qui ont connu la famille jusqu'à ce jour qu'une œuvre nouvelle s'intéresse à cette même famille.

En second lieu quand l'assistante sociale téléphone aux diverses œuvres indiquées par le fichier central comme connaissant également la famille, ces œuvres sont en mesure de fournir *immédiatement* les renseignements que l'assistante sociale désire, n'ayant qu'à consulter leurs dossiers.

Les dossiers de toutes les œuvres sont toujours *très complets* et tenus avec beaucoup d'ordre.

Grâce à ces *rapports mécaniques* réalisés entre les œuvres, l'assistante sociale de l'hôpital peut rapidement réunir ou contrôler l'histoire de n'importe quelle famille ayant été aidée, à un moment quelconque, par une œuvre de la ville. Il suffit parfois d'un quart d'heure pour qu'elle obtienne les précisions lui permettant de déduire avec exactitude l'état actuel du cas qui lui arrive.

Cette liaison quotidienne et intense de toutes les

œuvres privées et publiques de Boston par l'intermédiaire du fichier central leur permet de travailler sans faire double emploi, ce qui augmente leur rendement collectif et d'être toujours tenues au courant de tout ce qui arrive et de tout ce qui est entrepris dans les familles auxquelles elles s'intéressent.

La liaison des œuvres permet donc une répartition équitable des secours. Elle permet aussi une entr'aide des efforts suivant un seul plan d'ensemble, ce qui précise et renforce la responsabilité de chaque œuvre vis-à-vis de la famille et vis-à-vis de la Société. De plus, en s'informant réciproquement de leurs faits et gestes, les œuvres se donnent la facilité de vérifier l'efficacité de leurs services auprès des familles, et les moyens de contrôler celles-ci minutieusement.

La documentation par coopération entre les assistantes

La coopération est une méthode de travail social qui ne se réalise pas seulement par un outil comme le fichier central, mais aussi d'une manière vivante et directe par les *contacts* fréquents que les assistantes des diverses organisations établissent entre elles.

Coopération vraiment intime, car les assistantes sociales sont admises à lire librement les dossiers constitués par d'autres œuvres que la leur ; elles ont l'habitude de s'envoyer de longs résumés écrits des cas particulièrement connus par l'une d'elles. Elles prennent soin de discuter de toute nouvelle situation avec la travailleuse sociale qui connaît le mieux la famille ; elles se réunissent en conférences entre diverses œuvres pour étudier un cas

difficile et demandent l'avis de tous ceux qui s'y intéressent activement, l'assistante devant s'efforcer de juger et d'agir toujours en pleine connaissance de cause.

La profondeur du travail social. Unité et continuité.

Le Service social de l'Hôpital des enfants de Boston qui, nous avons vu, a contribué à obtenir pour les enfants :

1° L'unité et la continuité dans les soins médicaux en organisant le système de rendez-vous et de follow-up et la liaison entre tous les divers services et polycliniques de l'hôpital ;

2° La compréhension de la condition sociale des malades par les médecins ;

3° Les soins, l'assistance, l'éducation et la surveillance jugés nécessaires à l'aide d'une action convergente, ininterrompue à domicile par la collaboration de toutes les organisations d'hygiène.

Ce même service social rend encore un plus grand service à l'enfance, en lui garantissant au maximum une unité et une continuité dans les directives sociales et les plans d'avenir entrepris par toutes les œuvres de la ville sur un même enfant.

En effet, la riche documentation que réunit l'assistance sociale à la fois par l'intermédiaire des autres œuvres et par sa propre enquête, éclaire l'importance des divers problèmes à envisager dès que l'assistante pénètre dans une famille et précise les décisions qu'il est opportun de prendre à l'égard du petit malade et des siens. L'étude approfondie que les assistantes font des familles sert

de base à toute activité sociale sur l'enfant, sa famille et les rapports de ceux-ci avec la Société.

Service social individuel.

A côté des problèmes créés par la maladie de l'enfant, tels ceux que nous avons étudiés dans les cas de cardiopathie, l'assistante sociale envisage les problèmes de l'enfant dûs à toutes les autres causes, et son observation sociale doit être une étude approfondie de tous les divers problèmes que peut présenter un enfant et des moyens les plus propres à lui rendre service.

L'étude tient compte, en premier lieu :

Des antécédents physiques, mentaux et moraux de l'enfant :

Antécédents personnels ;

Antécédents héréditaires.

De la situation et des réactions sociales de la famille. En 2e lieu l'assistante sociale cherche à découvrir les besoins et le caractère propre de l'enfant.

Cette recherche se base sur :

1° Son examen physique ;

2° L'hygiène de son existence, de sa nourriture, de son sommeil ;

3° Son degré d'intelligence ;

Le niveau d'intelligence est déterminé d'une manière précise par les divers tests d'intelligence Binet-Simon, revision Standford-Terman.

4° Ses instincts, la formation de ses habitudes, sa discipline, ses jeux, ses distractions ;

5° Ses aptitudes manuelles et artistiques ;

6° Son attitude vis-à-vis l'école ;

7° Ses réactions dans le milieu familial ;

8° Son attitude sociale et même son attitude religieuse

Cette étude approfondie révèle à la fois la personnalité de l'enfant et les difficultés sociales qui entrent en jeu avec cette jeune personnalité. Cela permet à l'assistante sociale d'accomplir son rôle propre qui est d'adapter l'individu dans son entourage, de l'aider dans ses relations avec ses semblables.

C'est en agissant sciemment sur les conditions sociales qui influencent la vie émotive, mentale et spirituelle de l'individu et le modèlent sans cesse, que l'assistante peut contribuer à développer la personnalité de son client, en même temps qu'elle le rééquilibre socialement.

L'assistante n'a une réelle capacité professionnelle que si elle sait à la fois *comprendre* et *agir*, comprendre d'une part les caractéristiques de l'individu, les ressources, les dangers et les influences du milieu social, et d'autre part agir sur la mentalité de son client directement par un contact personnel et indirectement en maniant les forces du milieu extérieur.

De là la nécessité d'un diagnostic approfondi, précédant et éclairant toujours toute action intentée et d'une action sûre, rapide, personnelle, faite en cœur à cœur avec franchise et bienveillance. C'est une activité apte à rendre les plus humbles services comme à solliciter tous les genres de secours nécessaires, matériels ou moraux, auprès des institutions sociales, publiques ou privées, c'est être capable d'intéresser au sort d'un enfant tous ceux qui peuvent aider à en solutionner les difficultés.

L'assistante doit non seulement *savoir manier les forces extérieures*, mais *susciter l'effort personnel de son client avec la coopération de son entourage*, pour que le succès soit profond et réel.

L'esprit avec lequel l'assistante agit est celui qui domine les méthodes nouvelles d'assistance et que l'on appelle celui du case-work, parce qu'il considère chaque cas social particulièrement (au-delà de son classement en catégories), et l'envisage en entier et dans son évolution, l'individu y étant considéré en fonction de sa personnalité et des rapports de celle-ci avec la santé, la profession, la famille et la société, effort de compréhension tenté toujours dans le dessein de relever l'individu et de le réadapter à des conditions meilleures d'existence ou de le maintenir dans des conditions normales en luttant contre les obstacles susceptibles de menacer son équilibre.

L'assistante ne pénètre pas dans la personnalité du malade par pure curiosité psychologique, mais pour y découvrir la répercussion des influences extérieures et sociales auxquelles le malade est soumis à l'aider à les surmonter.

C'est d'abord *l'individu que l'assistante sert*, mais elle le sert *pour la société* et non contre elle et en s'appuyant, dans son travail de reconstruction sociale, *sur la famille*, base naturelle de toute société.

C'est pourquoi l'action des assistantes sociales, à propos de tous cas particulier, s'étend à la famille entière et constitue un service familial.

Service familial. — Coordination du travail social dans les familles

Quand une assistante sociale est la première assistante appelée à pénétrer dans une famille, sa *technique est de ne pas se limiter aux seuls problèmes qui motivent sa visite, mais de faire un examen complet de l'état social de cette famille et de chacun de ses membres, afin d'initier tout le travail de redressement et de prophylaxie sociale jugé nécessaire.*

L'analyse des conditions de santé, de travail, du budget, du logement, des distractions de chacun, etc... permet à l'assistante de découvrir les obstacles profonds à un travail de redressement familial et les éléments les plus aptes à l'aider dans sa tâche de reconstruction[1]. Elle suscite la volonté de la famille à s'aider elle-même, tient compte de leurs propres projets, et décide en fin d'analyse, *un plan d'amélioration familiale* dont elle discute les conditions de réalisation avec son comité social.

Ensuite pour développer ce plan, elle demande *la coopé-*

1. « Il convient de rappeler que G.T. Le Play (1806-1882) le savant minéralogiste et économiste français créateur de la méthode si féconde des *monographies sociales*, peut être considéré comme l'initiateur de l'observation sociale et sicentifique. Son système qui prétendait, trop exclusivement retrouver dans le budget de la famille ouvrière, l'indice de ce qu'elle est, peut sembler dépassé ; mais ses études et ses méthodes resteront à la base du service social.

C'est par le correctif des méthodes nouvelles de critique historique dont MM. Langlois et Seignobos ont donné un exposé dans leur « Introduction à l'Etude de l'Histoire » que les spécialistes les plus autorisés du service social, comme Miss Richmond, ont complété les principes de l'enquête et de l'observation sociale dont le Play avait posé les bases.

On voit que le développement du Service Social, dans ses méthodes au moins, est intimement lié à celui de la sicence française ». Mme Krebs-Japy. Le Service Social à l'Hôpital, p. 28.

ration d'œuvres variées ; mais *elle garde elle-même et aussi longtemps que nécessaire, la responsabilité de la famille qu'elle a prise en charge.*

Pour ne pas intervenir maladroitement dans les familles ainsi étudiées, les œuvres tiennent à l'honneur de s'avertir mutuellement du nom des familles avec lesquelles elles travaillent ; c'est pourquoi toute œuvre qui pénètre dans une famille doit d'abord le déclarer au fichier central pour qu'il lui communique quelles sont les autres œuvres connaissant antérieurement cette famille, et qu'en retour, ces œuvres soient elles-mêmes prévenues qu'une œuvre nouvelle vient leur offrir sa collaboration.

Par l'intermédiaire du fichier central, les œuvres s'avertissent mutuellement non-seulement de toutes les familles secourues, mais encore de leurs efforts successifs dans ces familles, en prévenant le fichier central à chaque fois qu'elles sont appelées pour de nouvelles démarches dans les familles déjà connues.

Entente pour la responsabilité du traitement social entre le service social a l'hopital et les autres œuvres sociales

L'assistante sociale de l'hôpital des enfants de Boston qui examine socialement tous les malades qui se présentent à l'hôpital ne peut garder la responsabilité de tous les cas qu'elle découvre par son examen systématique. L'intense et quotidienne circulation de misère humaine dans un hôpital en fait un centre de dépistage social très actif d'où peut se faire la répartition des traitements suivant le plan de l'organisation sociale de la ville.

Dans ce plan le Service Social de l'Hôpital des enfants de Boston en s'appliquant à résoudre journellement les exigences médicales dans les situations rencontrées est considéré comme une forme spécialisée du Service Social, et d'ailleurs il comporte déjà en lui une autre spécialisation : l'Assistante de psychiatrie qui, nous avons vu-avait été formée par des études particulières à son rôle dans l'hôpital.

Donc, le *service social de l'hôpital ne garde lui-même que les cas où le problème social est intimement lié au problème médical,* et il confie tous les autres aux œuvres extérieures à l'hôpital. Le Service social de l'hôpital, qui sait qu'une activité sociale passagère ne peut pas être efficace, n'entreprend pas plus lui-même de n'agir qu'en surface qu'il ne sollicite les services d'autres œuvres n'ayant que cette méthode de travail ;

La *répartition de la responsabilité du cas* entre le Service social à l'hôpital et les œuvres extérieures peut se résumer dans les règles suivantes :

a) En premier lieu, la *nature* du cas désigne l'œuvre qui doit supporter la responsabilité principale du traitement social, et c'est à cette œuvre qu'incombe la nécessité de tenir toutes les autres œuvres coopérantes au courant des diverses modifications survenant dans les conditions sociales.

b) Quand un traitement social devra se prolonger très au delà d'un traitement médical, le Service social de l'hôpital ne prend pas en charge la situation sociale, mais cherche, dès le premier contact avec le cas, à le confier à l'œuvre sociale qui, plus tard, aurait à en prendre la responsabilité.

c) Si le problème social ne dépend pas du problème médical, le Service social à l'hôpital fait seulement œuvre de dépistage social, et confie à d'autres œuvres le traitement social sans l'entreprendre lui-même, même s'il devait être de courte durée.

La bonne répartition et le fonctionnement du travail entre le Service Social de l'hôpital et les œuvres extérieures reposent encore sur la rapidité des différentes œuvres dans leur manière de coopérer, sur la précision des rapports qu'elles se communiquent, sur la mutuelle compréhension des travailleuses sociales d'œuvres très diverses, pour réaliser une coopération intense et personnelle qui dépasse encore l'organisation matérielle et administrative.

Les œuvres n'agissent jamais, dans une famille, à l'insu les unes des autres, mais les unes avec les autres et d'après un seul et même plan qui doit tenir compte de tous les problèmes de la famille et dont la responsabilité est donnée à une œuvre principale et non émiettée entre toutes.

Utilité des efforts combinés des Assistantes sociales et des Infirmières visiteuses dans une tache complexe

Nous venons de voir que la collaboration au sein des familles existe entre les Assistantes sociales de l'hôpital des enfants et les Assistantes sociales des autres œuvres sociales.

De même nous avions vu[1] que la collaboration au sein des familles existe entre les Assistantes sociales de

1. Au chapitre II.

l'Hôpital des Enfants et les Infirmières visiteuses de toutes les autres œuvres d'hygiène.

Ainsi nous avons donc démontre que la *collaboration au sein des familles existe entre toutes les diverses assistantes sociales et tous les groupements d'infirmières visiteuses*, puisque toutes, assistantes et infirmières, inscrivent leurs familles au fichier central et par ce moyen peuvent toujours se tenir au courant de leurs diverses démarches dans les familles et sont mises à même d'organiser leur travail pour qu'un même domicile ne soit jamais visité aux mêmes époques par plusieurs visiteuses différentes. Une entente préalable est donc vraiment réalisable dans l'exercice de fonctions diverses par diverses personnes disciplinées. C'est le le point de départ de l'organisation sociale et le moyen de réussir sans gaspillage des forces. Si la division du travail est quelquefois nécessaire pour offrir des services plus perfectionnés, pour faire bénéficier les familles de compétences accrues par l'expérience et les études spéciales, la spécialisation ne devient ur progrès que si l'entente entre les divers serviteurs de la famille se perfectionne en même temps que croît leur capacité technique. Et il nous a semblé qu'à Boston les Visiteuses dont nous avons entrevu l'activité qu'elles soient infirmières ou assistantes sociales, savent collaborer dans le détail et pour le plan d'ensemble — mécaniquement et personnellement — dans une visite passagère comme dans une activité prolongée, le protocle de leurs actes divers ayant été soumis à des accords communs, à des améliorations successives, à des surveys minutieux et suivis de refonte des rouages

anciens pour adopter les procédés d'action sociale toujours les plus nouveaux ou jugés d'un meilleur rendement.

Il nous semble, maintenant, inutile d'insister sur la différence entre la nature de l'activité des infirmières visiteuses pour les soins et l'hygiène — activité bien délimitée, thérapeutique contenue dans le sac de l'infirmière visiteuse, gestes techniques pouvant être stéréotypés, prescriptions, enseignement pouvant être répétés en séries ou fait en commun — et la technique de l'assistante sociale, embrassant les difficultés de tous ordres, même celles insurmontables, créant l'aide par une récupération de toutes les ressources personnelles et sociales, réadaptant des individus différents par des efforts conscients, pour prouver que confondre ces deux activités est impossible.

Il y a peut être plus d'intérêt à les développer chacune dans sa voie — la santé d'une part — l'adaptation sociale de la personnalité d'autre part — qu'à les garder indivises car c'est risquer de les laisser végéter toutes deux ou de les empêcher de progresser également.

Il n'y a pas à craindre que l'infirmière visiteuse et l'assistante sociale lorsqu'elles ont eu une formation sérieuse travaillent isolément sans se comprendre car elles ont au contraire toujours besoin des services l'une de l'autre pour renforcer leur efficacité ; et nous avons vu qu'à Boston un plan de travail la main dans la main fut parfaitement réalisable et qu'il permit la taylorisation des efforts de chaque côté en renforçant aussi leurs valeurs du point de vue humain

Seule l'expérience pourra prouver dans l'avenir que

des visiteuses indifférenciées seront plus aptes à remplir une tâche complexe que des équipes de techniciennes spécialisées. Mais dans ce cas ne faudrait-il pas sélectionner d'excellentes visiteuses ayant eu une formation supérieure à celle de l'habituelle Infirmière Visiteuse d'Hygiène Sociale.

CHAPITRE IV

EFFORTS VERS UNE SCIENCE MÉDICO-SOCIALE

Examen critique des dossiers et perfectionnemnent du travail

Les cas achevés et sortant du fichier actif du Service Social de l'Hôpital des Enfants de Boston sont *résumés* et *analysés*, et tout le travail accompli par l'intermédiaire du Service Social est l'objet d'une revision constante par l'Assistante-Chef du service, qui cherche au-delà des statistiques, à s'assurer de l'efficacité des efforts de ses travailleuses. Rendement social qu'elle augmente sans cesse en perfectionnant :

L'organisation matérielle de son Service ;

La connaissance exacte des faits dûs aux renseignements que se transmettent automatiquement toutes les œuvres.

La répartition du travail hygiénique et social entre toutes les visiteuses appelées à pénétrer dans une famille sans duplication.

L'unité et la continuité des soins et du redressement social à travers les divers services et œuvres qui d'an-

née en année, entrent en rapport avec un même enfant.

Le caractère du Service Social à l'Hôpital des Enfants de Boston est d'offrir une aide efficace organisée pour être prolongée aussi longtemps que nécessaire du point de vue social, de même que nous avons vu qu'il contribue à continuer la surveillance médicale aussi longtemps que le médecin la juge utile.

RECHERCHES SCIENTIFIQUES

L'organisation du Service social permet d'aborder les recherches scientifiques.

Nous avons vu, en 1925 et 1926 le Service Social des Enfants de Boston participer avec celui de soixante autres hôpitaux à l'analyse des fonctions propres au Service Social et étudier d'ensemble les problèmes résolus par l'activité des assistantes sociales des Hôpitaux. Ce sont les conclusions de ce travail sur une sélection de mille cas que nous avons exposés au chapitre préliminaire. Mais les efforts de la statistique même entreprise sur une grande quantité de cas divers dans le dessein de chiffrer leurs valeurs ne peuvent donner que des résultats limités puisque dans les problèmes sociaux il s'agit surtout de valeurs qualitatives.

Au lieu d'aller chercher l'étude de ces problèmes médico-sociaux, de leurs fréquences et de leurs solutions, à travers l'interprétation différente de leurs données par les Services sociaux d'hôpitaux disséminés dans 24 villes il y aurait plus de chance, nous semble-t-il, d'espérer une connaissance profonde des rapports des problèmes sociaux à la personne du malade que le médecin a à soi-

gner ou à persévérer si les assistantes sociales d'un même Service d'Hôpital s'efforcaient toutes d'analyser à fond leurs case-works terminés en y poursuivant les trois buts suivants :

1° *Chercher à se rendre compte simplement du genre des services rendus par un pointage facile sur une fiche mnémotechnique.* — fiche du genre de celle initiée en 1926 non à Boston mais à New-York par le Service Social de l'Hôpital Presbyterian[1] et qui, revisée, permettrait d'avoir un index approprié aux services rendus au malade par le Service Social à l'Hôpital (services offerts, refusés, achevés, ou désirables), mais fiche apte à permettre par une étude en séries, la comparaison des premiers résultats de cas médicalement ou socialement semblables.

2° *Chercher à définir les traits réels de la situation rencontrée pour en constituer le diagnostic social.*

3° *Chercher à classer les éléments divers du diagnostic social pour les relier à la classification utilisée pour les observations médicales recueillies dans les hôpitaux.*

Il est évident que les connaissances acquises par les observations sociales, bien que consignées minutieusement dans des dossiers, seront perdues si on n'a pas les moyens de retrouver aisément entre eux les faits qui y sont inscrits pour les comparer à d'autre cas et en dégager l'enseignement qu'ils comportent. Une documentation énorme peut devenir inutilisable si l'étude des questions variées qu'elle renferme n'a pas servi à dégager, à clarifier, à isoler certains faits du complexe. Il faut donner

1. Voir en appendice le modèle de la fiche créé par le Service Social de l'Hôpital Presbytérian.

une étiquette, un nom aux symptômes observés dans la pathologie sociale, et non plus se contenter de rapprocher l'ensemble du cas des vastes catégories sociales sans limites définies. Si, heureusement, il y a uneter minologie médicale, les assistantes sociales par contre n'ont pas la chance de posséder une terminologie sociale toute faite, directement utilisable pour écrire le diagnostic de leur cas et le plus souvent ne savent où trouver l'expression juste pour traduire l'observation de tel ou tel signe de mauvaise adaptation sociale. Il est donc nécessaire qu'elles procèdent elles-mêmes à la sélection des termes significatifs (et cela plutôt d'après les facteurs étiologiques) et cherchent en dehors de tout système à protéger les observations les plus fondamentales en usant de matériaux éprouvés, d'un vocabulaire passé au crible des observations antérieures.

Dans le travail social la collecte des faits, l'enquête commencent la procédure — l'examen critique et la comparaison des faits suivent — puis viennent leur interprétation et la définition de la difficulté sociale qui constituent le diagnostic social, du queldécoulera l'action intentée par l'assistante. Mais il faut non seulement faire le diagnostic social[1] pour le traitement, il faudrait pouvoir définir la nature exacte des problèmes personnels ou

1. Le diagnostic social a été traité dans toute son ampleur par le Dr. R. Cabot et par Miss Richmond.

« Le diagnostic social peut être décrit comme la tentative pour donner une définition aussi exacte que possible de la situation et de la personnalité de la créature humaine qui a besoin d'une aide sociale c'est-à-dire sa situation et de sa personnalité en rapport avec les autres individus dont elle dépend de quelque manière ou qui dépendent d'elle, et en rapport également avec les institutions sociales de la collectivité ». Miss. Richmond. *Social Diagnostic*, p. 257.

sociaux rencontrés, il faudrait exprimer le diagnostic social en concepts précis, en termes techniques qui représenteraient réellement le contenu du cas. A l'Hôpital, le diagnostic social est le prolongement et le complément du diagnostic médical, aussi l'Assistante Sociale n'a pas défini son travail aussi longtemps que le diagnostic médical n'a pas été transcrit sous l'aspect fonctionnel et social qu'il revêt suivant la personne et la situation du malade.

De plus, l'Assistante sociale n'a pas achevé son travail si elle n'a pas un moyen de classer ses matériaux par une méthode qui lui permette sans cesse de retrouver leurs rapports avec les facteurs médicaux auxquels ils étaient associés.

Le Service Social a sa part dans la constitution de l'unique dossier qu'aux États-Unis l'Hôpital conserve sur chaque malade. Aussi est-il intéressant — les symtômes relevés par les divers médecins, dans ce dossier, étant l'objet d'une classification — que les facteurs des situations sociales étudiés par les assistantes sociales soient eux aussi l'objet d'une semblable classification, articulée avec la classification médicale utilisée. L'étude de tous les cas médicaux de même nature pourrait ainsi se prolonger de leur constituant social car ce que le médecin doit traiter ce n'est pas une maladie, mais les individus différents qui la possèdent. S'il est normal que le médecin demande de pouvoir retrouver à tous moments les difficultés sociales rencontrées en présence de cas médicaux puisqu'elles ont pu influencer les prescriptions médicales et leurs résultats, une impossibilité, presque

insurmontable, se présente lorsqu'il s'agit de découvrir une classification sociale où puissent venir se ranger tous les divers éléments du diagnostic social. Comme une telle classification n'existait nulle part, ce sera donc un service nouveau pour l'Assistante sociale de l'Hôpital que d'accepter la tâche de la forger elle-même.

Nous n'avons trouvé d'efforts dans ce sens qu'à New-York et nous ne pouvons que louer la tentative faite par le Service social de l'Hôpital Presbyterian sur la demande même d'un de leurs médecins, le Dr. Hugh Auchincloss, d'adjoindre une terminologie sociale en tant qu'appendice au système de terminologie médicale[1] du Dr Adrian W.L. Lambert créé pour servir à la classification des maladies étudiées dans les dossiers des malades de l'Hôpital.

Nous avons reconnu les difficultés d'une semblable entreprise commencée en 1925 et nous avons admirés les efforts incessants d'une équipe sociale pour aider Miss G. Hamilton à progresser dans la voie où s'ébauchait l'instrument de travail sans prétention dont en appendice nous donnons un aperçu tel que nous l'avons expérimenté en 1926.

Malgré notre grand désir nous n'avons pas pu l'essayer dans le Service Social d'un Hôpital d'Enfants, ni

1. « Une terminologie de la maladie pour faciliter le classement des observations médicales récueillies dans les Hôpitaux », par les Dr. Adrian W.L. Lambert et Walton-Martin. Presbytériau Hospital, N.Y.

« Une terminologie Médico-Sociale ». A médical Social Terminology Préliminary report of a study in classification and terminology for Case Work in Hospitals and Clinics-by Gordon Hamilton March 1927. The Presbytériau Hospital in the City of New-York. Published by the Commitee on Dispensary Development of the United hospital fund of New-York.

à l'Hôpital des Enfants de Boston où les expressions employées par les Assistantes Sociales pour définir leur diagnostic social ne correspondaient pas à la terminologie précisée par Miss H. Hamilton.

Les premiers efforts faits pour exprimer en termes techniques les éléments de mauvaise adaptation trouvée chez le malade ou son entourage ont naturellement une part d'artificiel et d'imperfection et n'apportent pas d'aide nouvelle au traitement lui-même, mais leur essai sert surtout à marquer la fréquence et l'importance de certains facteurs saillants, de ceux que l'Assistante apprend de plusen plus à reconnaître dans la pathologie sociale. Il y a loin encore avant que le Service Social des Hôpitaux puisse évaluer exactement le constituant social de la médecine ; c'est trop tôt de parler de corrélations entre les matériaux médicaux et sociaux mais l'essentiel c'est de chercher à diminuer la barrière entre l'inconnu et le connu. L'Assistante Sociale des Hôpitaux qui consacre une partie de son temps à critiquer ses résultats, à parfaire son diagnostic, à élaborer une terminologie médico-sociale demande simplement à être utile dans cet effort comme dans tous les autres.

CONCLUSION.

I. — En 1925-1926 le Service Social organisé par l'hôpital des enfants de Boston est centralisé pour tous les Services de l'hôpital.

La valeur de son personnel et une puissante organisations matérielle et technique multiplient l'efficacité de la Section sociale.

Le Service social de l'hôpital des enfants de Boston contribue au perfectionnement administratif, participe à l'admission des malades, dirige le système unique des consultations sur rendez-vous, garantit le follow-up jusqu'à extinction de l'intérêt médical, prophylactique ou scientifique d'une surveillance des malades.

Le Service social assure l'enseignement et les démonstrations pratiques aux consultations de nourrissons, de diabétiques de cardiaques.

II. — Le Service social de l'hôpital des enfants de Boston remplit auprès des enfants malades, des médecins et de la société les seize fonctions principales du Service social à l'hôpital aux Etats-Unis.

Il collabore intimement avec les Médecins de l'hôpital dans l'étude et le traitement de chaque malade, apporte son complèment social au diagnostic et au pronostic,

comprend la mentalité de l'enfant, choisit et organise les meilleures conditions d'amélioration en placement et à domicile.

Le Service social de l'hôpital des Enfants de Boston est en mesure d'offrir ses services à tous les malades et à tous les consultants suivant leurs besoins limités ou intensifs.

III. — Le Service social de l'hôpital des enfants de Boston à l'immense avantage de pouvoir s'appuyer sur le travail méthodique des 250 infirmières visiteuses, réparties en districts par quatre grandes organisations de Boston pour réaliser à domicile avec une précision parfaite ses désiderata au point de vue soins, médecine préventive et éducation hygiènique.

a) Aux infirmières visiteuses de l'Association des infirmières de santé publique va toujours la prépondérance de l'action à domicile dès qu'un cas devient complexe.

b) La réglementation des visites à domicile garantit la famille contre l'intrusion de visiteuses de diverses organisations à la même époque.

c) La liaison, la transmission des avis et des réponses est rapide et sûre, la collaboration des efforts est jugée satisfaisante dans 68 à 90 % des cas communs. Les rouages mécaniques et administratifs sont responsables de la plupart des insuffisances, tandis que la compréhension mutuelle n'est trouvée en défaut que dans 4 % des cas en erreurs.

d) Une telle perfection dans la collaboration journa-

lière des infirmières visiteuses avec les assistantes sociales élargit et renforce considérablement l'activité thérapeutique prophylactique et hygiènique du Service social de l'Hôpital des Enfants de Boston.

IV. — Le Service social de l'Hôpital des Enfants de Boston est un centre actif de dépistage social et de traitement social par la méthode du case-work qui tend à développer la personnalité en la réadaptant consciemment dans la Société.

L'Assistante Sociale de l'Hôpital des Enfants de Boston considère comme sa fonction essentielle le diagnostic de tous les problèmes sociaux de l'enfant et de son entourage et prend aussitôt tant à l'hôpital qu'au dehors les mesures nécessaires pour que les conditions sociales rencontrées chez son client puissent être améliorées aussi bien que les conditions médicales.

Le Service social de l'Hôpital des Enfants de Boston est un puissant agent de relèvement familial, il maintient ses familles à un standard élevé de confort et d'aisance.

Il trouve à sa disposition des œuvres capables de faire face aux besoins dépistés à travers la clientèle de l'Hôpital et préserve l'unité et la continuité des directives sociales pour un même enfant.

L'excellence de la coopération intensive du Service social à l'Hôpital des Enfants de Boston avec les œuvres provient des liaisons mécaniques par le fichier central, d'une documentation réciproque abondante et précise, de discussions de cas en commun, de l'entente pour

confier la responsabilité unique du traitement social à l'œuvre la plus compétente.

V. — Le Service Social de l'Hôpital des Enfants de Boston s'est engrainé dans l'organisation sociale et sanitaire de Boston par emboitement et réajustement constant.

Sa participation dans les Surveys sur l'activité à Boston des Infirmières Visiteuses et des Assistantes Sociales renforce la taylorisation des efforts quotidiens de toutes les visiteuses, la répartition équitable des secours et le rendement collectif de toutes les organisations.

VI. — Au cours de notre étude à Boston la position de Service social à l'Hôpital des Enfants nous est apparue liée avant tout à celle des organisations d'infirmières visiteuses et d'assistantes sociales pour la réussite parfaite de l'Hôpital en :

1° Un centre sanitaire et social complet de traitement collectif, de dépistage et de prophylaxie médico-sociale à domicile assurée depuis la naissance.

2° Une clinique sociale des problèmes de l'enfance.

VII. — Il serait désirable qu'un tel centre d'observation et de documentation initie les recherches vers une définition plus exacte des difficultés médico-sociales diagnostiquées chez les enfants.

Vu le Président de la Thèse,
NOBÉCOURT

Vu : le Doyen de la Faculté,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

Réduction de la fiche utilisée par le Siège Social de Presbyterian Hospital pour l'analyse des services rendus par le Service Social dans chaque cas.

NAME: CASE ACCOUNTING CARD WORKER: O.P.D. _____
SERVICE: UNIT _____
AGE:

ADDRESS: APT.: FL.: TEL.: STATUS:
S. S. EX.: YES: NO: DATE ING. INTO: DATE TAKEN UP: DATE CLOSED: STATUS:

FAMILY COMPOSITION: AVG. WK. LAST DAY OF

MEMBERS: (ADDRESS IF DIFFERENT)	AGE	OCCUPATION	EARNINGS	MEDICAL CARE NO.	MO.	STATUS
OTHERS IN HOUSEHOLD						
			WKLY. TOTAL FOR HSLD			

OUTSIDE COOPERATING AGENCIES:			
PRESBYTERIAN HOSPITAL SOCIAL SERVICE			

C 535 7M 7 48S.P.S

INDEX OF ACCOMPLISHMENT

KEY FOR CHECKING SERVICES

V SERVICES COMPLETED X SERVICES INITIATED O SERVICES OFFERED AND REFUSED —CARE NOT GIVEN BECAUSE OF LACK OF RESOURCES

After Care:												
1. CONVALESCENCE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2. SANITARIUM CARE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3. TERMINAL CARE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
4.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Medical Care:												
6. FAMILY HEALTH CARE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
7. PT. TO OTHER MED. INST	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8. MED. RX. SUPPLIED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
9. M. D. TO HOME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
10. NURSING TO HOME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
11. APPARATUS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
12. PT. MANAGEMENT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
14.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
15.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Education.												
16. INTERPRET'N OF DISEASE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
17. INSTR'N IN HEALTH HABITS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
18. PSYCHOTHERAPY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
19. INSTR'N IN MEET. HANDICAP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
20 SPECIAL INSTRUCTION.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
21.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
22.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Employment:												
23. EMPLOYMENT READJUSTED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
24. JOB SECURED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
25. HANDICAPPED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
26. OTHERS IN FAMILY ASSTD.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
27.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
28.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Finance:												
29. LOANS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
30. WAGE INCREASE SECURED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
31. RELIEF IN MONEY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
32 RELIEF IN KIND	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Finance (Cont'd)												
33. COMPENSATION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
34.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
35.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Recreation												
36. CHANGED, MOD OR STIM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
37. PLAY EQUIPM'T FURNISHED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
38. "FRESH AIR"	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
39.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
40.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Home:												
a-Child Care												
41. DAY NURSERY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
42. BOARDING	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
43.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
44.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
b-Housing and Housekeeping												
45. EQUIPMENT SECURED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
46. MANAGEMENT IMPROVED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
47. SANITATION IMPROVED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
48. AESTHETIC IMPROVEMENT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
49. CULTURAL IMPROVEMENT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
50. MOV. BETTER LOCALITY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
51. SHELTER OR INSTITUTION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
52.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
53.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
54. *Other Problems:*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
55. LEGAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
56.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
57.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
58.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
59.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
60.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
61.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
62.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

APPENDICE

CARTE DES RÉSULTATS DU CAS

..... Consultation Externe : .....
Nom du service : .....Nom du chef :.....

Nom..... Age :.....
Adresses :..... Appartement :..... Etage :.....
Téléphone .
Fichier Central : oui Date d'admission :
Fichier central : non Date de prise en charge :
Date de terminaison :

Composition de la famille :

Membres leurs adresses	Age	Occupations	Salaires (par semaine)	N° du dossier médical
Autres personnes de la famille				
Total pour le ménage				

Coopération des œuvres :
Presbyterian Hospital Social Service .

Index des Résultats. — Pointage des services rendus

V. Services achevés. — X. Services commencés
O. — Services offerts et refusés
— : aide ne pouvant être procurée par manque de ressources

Après la maladie.
1. Convalescence.
2. Sanatorium. -
3. Placement définitif.
4.
5.

Aide médicale.
6. Santé de la famille.
7. Malade envoyé à un autre service médical.
8. Renseignements médicaux complémentaires.
9. Assistance médicale à domicile.
10 . Soins d'une infirmière à domicile.
11. Fourniture d'appareils.
12. Surveillance du malade.
13.
14.
15.

Education.
16. Explication sur la maladie.
17. Instructions sur les habitudes hygièniques.
18. Psychothérapie.
19. Instructions pour surmonter les obstacles.
20. Instructions spéciales.
21.
22.

Travail.
23. Réadaptation professionnelle.
24. Travail procuré.
25. Incapacité de travail.
26. Assistance par le travail dans la famille.
27.
28.

Finance.
29. Prêts.
30. Augmentation de salaire.
31. Secours en argent.
32. Secours en nature.
33. Indemnité.
34.
35.

Repos et distraction.
36. Modifications apportées.
37. Fourniture pour jeux et sports.
38. Campagne.
39.
40.

Au foyer.
a. Soin des enfants.
41. Crêche, garderie.
42. Placement.
43.
44.

b. *Logement et soins domestiques.*
45. Fournitures pour le ménage.
46. Amélioration de la tenue du ménage.
47. Progrés de l'hygiène de l'habitation.
48. Amélioration du bien être.
49. Perfectionnement individuel
50. Transfert dans un meilleur quartier.
51. Abri procuré ou placement.
52.
53.
54. Autres problèmes.
55. Aplication des lois.
56.
57.
58.
59.
60.
61.
62.

Pour illustrer l'essai de terminologie et de classification, nous reproduisons un cas simple extrait du travail de Miss G. Hamilton.

Résumé du cas.

« Le malade, d'origine italienne et américaine est un garçon de 13 ans vivant seul avec sa mère. Atteint de cardiopathie, lésions valvulaires chroniques, il doit rester un an au lit. Il aimait beaucoup les exercices physiques, la vie de boy-scout , etc... Le père a abandonné la la mère qui adorait également son mari et son fils bien que jusqu'à ce que ce dernier tombe malade elle jouissait peu de lui, l'école et les jeux absorbant toute l'activité de l'enfant. Elle a quand même pesé lourdement sur son développement et sur ses émotions et le garçon a une maturité au-dessus de celle des enfants de son âge ».

De quoi s'agit-il pour l'Assistante sociale ?

Son diagnostic est :

Altération cardiaque permanente.
Activité très réduite.
Séparation des parents
Métathèse de parenté : mari-fils.
Émotionnabilité.
Interruption des études.
Privation des jeux.

PREMIERE EBAUCHE DE CLASSIFICATION ET DE TERMINOLOGIE MEDICO-SOCIALE D'APRES GORDON-HAMILTON

I. Personnalité.
II. Entourage. Facteurs extérieurs.

I. PERSONNALITÉ : FACTEURS EXTINSÈQUES DE MAUVAISE ADAPTATION

NOTE. — La classification étiologique est en rapport avec la classification médicale des symptômes, *Maladies et blessures* du Dr Adrian S.W. Lambert.

A. *Incapacité physique* :

Partielle ;
totale ;
permanente ;
Temporaire.

Localisations diverses intéressant :

L'activité générale ;
La nutrition ;
La circulation ;
Les organes des sens.
Les membres, etc...., etc...

Inconvénients sociaux :

Maladies contagieuses ;
Contact ;

Invalidité totale, etc...

B. *Inefficacité* :

D'ordre émotionnelle ;

Intellectuelle ;

Vieillesse, etc...

C. *Incapacité intellectuelle* :

Débile mental ;

Idiot ;

Imbécile ;

Moron, etc.

D. *Maladies mentales* :

Diminution de la responsabilité :

Danger pour autrui ;

Impossibilité d'adaptation, etc...

E. *Modalités de l'attitude et des réactions sociales.*

(Classer en arrêté, compensé, permanent, potentiel, récidive, temporaire).

Délinquence :

Mendicité ;

Fugues ;

Vagabondage ;

Vols ;

Cruauté ;

Perversion, etc...

Éléments non constructifs de la formation de la personnalité

(Sans classement systématique en ordre alphabétique).

Anxiété ;

Austérité ;

Cynisme ;
Découragement ;
Enfantillage ;
Entêtement ;
Hypersensibilité ;
Irresponsabilité ;
Irritabilité ;
Jalousie ;
Accès de colère ;
Défaut de concentration ;
Défaut d'initiative ;
Sentiment d'infériorité ;
Rêveries, etc...

F. *Hygiène personnelle* :
Toxiques ;
Mauvaises habitudes d'hygiène pour :
La nourriture ;
Les exercices ;
Le sommeil ;
Le repos, etc...

II. ENTOURAGE. FACTEURS EXTRINSÈQUES DE MAUVAISE ADAPTATION.

A. *A la période du développement.*

B. *Passé de la famille.*
Foyer détruit ;
Enfant gâté ;
Enfance solitaire, etc...
Passé anti-social ;
Famille à la charge de la Société, etc...

C. *Rapports en famille* :

Difficultés dans le statut familial :

Adoption ;
Beau-fils ;
Enfant illégitime ;
Divorce ;
Bigamie ;
Parents non mariés, etc...

Difficultés dans les relations des membres de la famille :

Enfant favori ;
Enfant abandonné ;
Désaccord des parents ;
Séparation des enfants, etc...

D. *Vie au foyer.*

Installation insuffisante ;
Absence d'ustensiles de ménage ;
Manque des provisions alimentaires essentielles ;
Mauvaise administration du budget ;
Existence en chambre meublée ;
Travail à domicile ;
Enfants mal soignés ;
Enfants indisciplinés ;
Querelles ;
Difficultés pécunières ;
Habitudes d'alcoolisme ;
Mauvais voisinage, etc...

E. *Habitation* :

Sans domicile ;

Inconvénients pour le lavage, la cuisine, l'aération, etc...

Surpeuplement, etc..

F. *Ecole* :

Éloignement de l'école ;

Classes surpeuplées ;

Manque de classes spéciales pour cardiaques, pour débiles mentaux ;

Manque de classe en plein air ;

Manque de travaux manuels ;

Manque d'orientation professionnelle ;

Mauvaise fréquentation scolaire ;

Renvoi de l'école ;

Mésentente entre les parents et l'instituteur.

G. *Travail et existence à l'usine* :

Difficultés d'apprentissage ;

Travail dangereux ;

Travail saisonnier ;

Chômage ;

Monotomie du travail ;

Travail aux pièces ;

Aération insuffisante pendant le travail ;

Éclairage insuffisant pendant le travail ;

Travail de nuit ;

Salaire insuffisant ;

Irrégularité de la paye ;

Impossibilité d'avancement ;

Mise à pied ;

Grève, etc...

H. *Existence dans la Société.* :

Émigrants ;
A la charge Publique ;
Rareté des institutions ;
Querelles de voisinage ;
Isolement ;
Absence de terrain de jeux ;
Échec des tentatives de sport, etc...

Compléments des Services médicaux :

Convalescence ;
Appareillages ;
Prophylaxie ;
Soins à domicile ;
Problème de l'admission à l'hôpital ;
Problème de l'admission au sanatorium ;
Problèmes créés dans la famille par le séjour à l'hôpital ou au sanatorium ;
Paiement du terme ;
Situation à conserver ;
Subsistance de la famille ;
Placements des enfants ;
Travail supplémentaire pour la femme, etc...

BIBLIOGRAPHIE

AUX ÉTATS-UNIS

I, — *Travail Social.*
II. — *Hygiène publique.*

I. TRAVAIL SOCIAL

SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL AUX ETATS-UNIS

AMERICAN ASSOCIATION OF HOSPITAL SOCIAL WORKERS. — Selected bibliography on Social work in Hospital dispensaries, 1928.

AMERICAN ASSOCIATION OF HOSPITAL SOCIAL WORKERS. — Bulletins (20 E. Division St. Chicago, III).

AMERICAN ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. — Vocational aspects of psychiatric social work, 1925.

— Vocational aspects of medical social work, 1927.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. — Report of the Commitees making a Survey of Hospital Social Service, 1932 (Bull. n° 23).

— Report of the Commitee on training for hospital social work. (Bull. n° 55).

ARMSTRONG (Donald B.-M.-D.). — « The Social worker and family Health, *The Public Health Journal*, may, 1928).

AUCHINCLOSS (Hugh). — « Social Service as a natural part of medecine », *Hosp. Soc. Serv.*, january, 1929.

BAKER (E.-M.). — « Report of the Case Competition of the American Association of Hospital Social Workers », *Hosp. Soc. Serv.*, april, 1928.

BEAUNICK (Catherine). — « Possibilities of Social Service Work in an Eye and Ear Hospital », (*PMod. Hosp.*, 1917, IX, 219).

BUIGTON (Margaret-F.). — « What social workers should know about their own Community », *Russell Sage Foundation.*

BUIGTON (Margaret-F.). — « The Confidential Exchange : a form of social cooperation », Published by the *Charity organisation Department of the Russell Lage Foundation.*

BRUNET (Walker.-M.-D.). — « The Social Worker's parts in a Social Hygiène Program », *Hosp. Soc. Serv.*, n° 3, March, 1929.

BOSTON RESEARCH BUREAU ON SOCIAL CASE-WORK. — Case study possibilities.

BRECKINRIDGE (Sophonisba-P.). — « Selected medical Social Case Records », *Univ. of Chiacgo Press.*

BROGDEN (Largaret-S.). — « Handbook of organization and method in Hospital Social Service », *Baltimore Norman Remington*, 1922.

BRYANT (Louise-S.). — Functions of Medical Social Service (étude sur 1.000 cas) *Commitee on Functions of American Ass. of Hosp. Social Workers*, 1928.

CABOT (Dr. Richard). — *Psychotherapy and its relations to Religion*, Moffart, 1908.

— *Social Service and the Art of Healing*, New-York, Moffart, 1909, Rev. ed. N.Y. Dodd, 1928.

— *Essai de Médecine Sociale* (Crés. 1914).

— *Layman's Handbook of Medecine, with special reference to Social Workers* (Boston Houghton mifflin, 1916).

— Social Works. *Essays on the meeting ground of the doctor and Social Worker*, Boston Goughton, 1919.

— *Le Service social à l'hôpital*, conférence internationale du Service Social, 5e section, Paris, 1928.

— « Le Service Social à l'Hôpital », *Revue d'hygiène*, août 1929.

CANNON (Ida-M.). — « Social Service in the Massachussetts General Hospital », *Am. Hosp. Ass.*, 1922.

— « Social Work in Hospitals. A contribution to progressive Medecine », *Rev. ed. N. Y. Russell Lage*, Foundation, 1923, c. 1913.

CHAPIN)Dr. H.). — « Hospital Social Service for Children (Proc. of the N.Y. Conf. on *Social Service*. 1917.

COLLIERS (Joseph). — « Social Work in Neurological Institutions », *Survey*, 1912, XXVIII, 760.

COMBS. — *A Study of Hospital Social Service in New-York*, 1917.

CORSCADEN (J.-A.). — « Follow-up System of the Presbyterian Hospital in the City of New-York », *Jour. American Med. Assoc.*, 1916, LXVI, 802.

DAVIES. — « Progress in out patient Services during 1919 », *Mod. Hosp.*, 1920, XIV, 201.

DAY (Elizabeth-Richards. — » The Interrelations of the Hospital Social Service Departments and the Community Health Association of Boston », Boston, *Community Health Association*, 1928.

EMERSON (Dr.). — « A Social Service Department of a General Hospital», *Nat. Hosp. Review*, Mar. 15, 1909.

FARMER (Gertrude L.). — *A form of Record for Hospital Social Work*, Lippincott, Philadelphia, 1921.

GOLDSTEIN. — Hospital Social Service, *Principes and Implications* (Nat Conf. Char. Cor. Proc. 1910, p. 341).

HENRY (Edna-G.). — *The Theory and Practise of Medical Social Work*, Am. Arbor. Edwards Bross., 1924.

JANETT (N. C.). — « Function of the Social Service of the Psychopathic Hospital », Boston, *Med. Surg. Journ.*, 1914, CLXX, 987.

— « Further notes on the economic side of Psychopathic Social Service », *Med. Surg. Journ.*, 1914, CLXXI.

KLAER (F.-H.). — « Diet Social Service in Dispensary Work », *Penn. Med. Journ.*, 1913, VII, 109.

MC DONALD. — « Functions of the Psychiatric Social Worker », *Med. Hyg.*, 1919, III, 607.

MC KINNEY (Margaret-E.). — *After care of children dimissed from the Hospital* (N.Y. School of Philanthropy, Thesis, 1909.

MASSACHUSETTS COMMISSION ON MENTAL DISEASES. — Bulletin, v. 1, 1917, pp. 161-174, V. 3, 1919, pp. 71-78.

MEDICAL SOCIAL CASE RECORDS. — Chicago, Univ. of Chicago Press, 1928, Social Service Monograph, n° 3.

MEYER (Adolph). — *Case Work in Social Service and Medical and Social Cooperation in Nervous and Mental Diseases*, Nat. Con. Char. 1911, p. 27.

NATIONAL CONFERENCE of Catholic Charities. Proceedings.

NATIONAL CONFERENCE of Social Work, Proceedings.

NEW-YORK (CITY). Associated out. Patient Clinics. Commitee on the Social Service Section. Technique of *Hospital Social Service*, 1926.

— Human factors in clinic management (by M.K. Taylor, 1927.

— *A medical social terminology preliminary report of a study in classification and terminology for case Work* by Gordon Hamilton, 1927.

O. GRADY (Rev. John). — « Out patient and Social Service Department in Catholic Hospitals in the United States », *Mod. Hosp.*, 1919, XIII, 392.

OSTHEIMER (Maurice). — « Value of the Social Service Department tot the Children Dispensary », *Journ. Am. Med. Ass.*, 1912, LVIII.

PATTERSON (E.). — « The Follow up Work at the Presbyterian Hospital », *H.S.S.*, mars 1919.

RICHMOND (Mary E.). — « Social Diagnosis », *Russell Sage Foundation*, 1917.

— « Medical and Social cooperation »; *Nal. conf. of Char. Cor. Proc.*, 1912.

SANDERSON (John). — « Should medical care be forced ». — *The Social service Review*, March, 1928.

SOUTHARD (E.-E.). and JARETT (M.-C.). — *Kingdom of evils*, N.Y., Macmillan, 1923.

SCHROEDER (Agnes). — « Prize medical Social. Case Records », *Social Service Review*, n° 2, june, 1928, n° 3, septembre 1928, n° 4, décembre 1928.

TAFT (Jessie). — « What the Social Worker can learn of the Psychiatrist», *Mod. Med.*, 1919, p. 240.

TENNANT (Gertrude). — « Prize medical Social case record », *Social Service Review*, september, 1927.

TELLER (Faunie-E.). — « A case record », *Hosp. Soc. Serv.*, March. 1929.

WINSLOW (E.-A.). — « Training the Social Service Dietitian », *Modern Hosp.*, 1919, XIII, p. 350.

WULKOP (Elsie). — *Social Worker in a Hospital Ward*, Bonston, Houghton, 1926.

PERIODIQUES

Catholic Charities Review.

The Family (mensuel).

Jewish Social Service (trimestriel).

Hospital Social Service (mensuel), (9 East, 37 th Str. N.Y. City).

Modern Hospital.

Mental Hygiene (370 Seventh Av. N.Y. C.).

Social Service Review.

Social Forces (Univ. of North Caroliya, Chapel, Hilf, N.C.).

The Survey.

Welfare Magazine (Poutiac Illinois).

SERVICE SOCIAL AUX ETATS-UNIS

BOSTON, RESEARCH BUREAU ON SOCIAL CASE-WORK. — Case study possibilities (by Mrs A.E. SHEFFIELD, 1922.

CHESLEY (A.-L.). — « Who are the benefactors », *Boston-Beacon Press*, 1924.

CHEYNEY (Alice-S.). — « The Nature and Scope of Social-Work », *Am. Ass. of Soc. Workers* N.Y., 1926.

DE SCHWEINITZ (Karl). — *Art of Helping people out of trouble*, Boston-Houghton, 1924.

DEVINE (E.T.) and BRANDT. — « American Social Work in the twentieth century », *N.Y. Frontier Press*, 1921.

GOODSELL (Willystine). — « Problems of the family », *N.Y. Century, Co.*, 1928.

PETTIT (W.-W.). — Case study in Community organization », *N.Y., Century Co.*, 1928.

QUEEN (S.-A.), and MANN (D.M.). — *Social Pathology* (N.Y. Thomas y Crowell, 1925.

RICH (Margaret-E.). — *Family life to day*, Boston, Houghton, 1928.

RICHMOND (M.-E.). — *Social diagnosis*, Russell Sage Foundation, 1917.

— *What is social case work* (Russell Sage, Foundation, 1922.

— Traduction française · Dr. R. Sand, *Les Méthodes nouvelles d'assistance*, le *Service Social des cas individuels* (Paris, Alcan, 1926).

TOWSEND (Harriet). — *Social Works a family builder*, Philadelphia, Sanders, 1926.

NEW-YORK (CITY). — *Association for improving the condition of the poor.*

— *Good nutrition and adequate food allowance for the family*, 1922.

— *Charity organization Société and others adequate clothing allowance for dependent and low income families*, 1925.

AMERICAN ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (Studies in the pratice of social work, n° 1).

AMERICAN ACADEMY OF POLITICAL AND SOCIAL SCIENCE CHILD WELFARE. — *The Acad.*, 1921, Philadelphia.

CHILD WELFARE LEAGUE OF AMERICA. Case Studies, n°s 1, 6, 7).

NATIONAL CHILDREN'S HOME AND WELFARE ASSOCIATION — Proceedings, 1919, p. 11.

NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC CHARITIES. — Proceedings, 1920, p. 3°3, 1922 ; p. 152, 1923 ; pp. 155, 156, 1924 ; pp. 164, 357, 1925 ; p. 178, 319, 1927 ; pp. 155, 109, 123.

NATIONAL CONFERENCE OF JEWISH SOCIAL SERVICE. Proceedings. 1923, pp. 362, 246, 257 ; 1924, p. 65, 1925 ; pp. 126, 138, 174, 187, 1926 ; pp. 40, 53, 67, 78.

NATIONAL CONFERENCE OF SOCIAL WORK. Proceedings. — 1920, p. 99, 1924 ; pp. 125, 318, 339, 1925 ; pp. 83, 88, 1926 ; pp. 151, 155.

UNITED-STATES, CHILDREN'S BUREAU. — Publications nos 60, 62, 107, 109, 118, 128, 136, rev., 1926, 139, 162, rev. ed. 1928, 166, 169, 170, 171.

NATIONAL CONFERENCE OF SOCIAL WORK. — Proceedings.

NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC CHARITIES. — Proceedings (Secretarye Rev. Dr. Jogn O'Grady, Washington).

NATIONAL CONFERENCE OF JEWISH SOCIAL SERVICE. — Proceedings (114 Fifth Av. N.Y.).

CONFERENCE INTERNATIONALE DU SERVICE SOCIAL. — Rapports (Paris, 1928, Av. Velasquez 2, 1929, 1930.

BIBLIOGRAPHIE SUR LE SERVICE SOCIAL

CAS

The family. — Bibliographie, volume I à VIII.

Personnel research federation (séries n° 13, 1928).

Russell Sage Foundation. — Publication n° 89.

AIDE FAMILIALE

BRECKINRIDGE (Sophonisba P.). — « Family Welfare Work in a Metropolitan Community, Chicago, *University of Chicago Press*, 1926, Section III.

EAVES (Lucile). — « « Children in need of special care, Boston, *Women's Educational and Industrial Union*, 1924.

ECKMAN (Lulu-P.). — *Laws.* Relating to Mothers' Pensions in the United-States, Passed during the years 1920 to 1924 (U.S. Children Bureau).

What it costs fifty families to live for five years in Buffalo. — *The Buffalo Foundation Forum*, april 1926, n° 5.

RICHMOND (Mary-E.) and HALL (Fred S.). — « Child marriages », New-York, *Russell Sage Fard*, 1925.

MC CHRIETIE (Mary-E.). — « The developement of family courts », *Nat. Prob. Ass'*, 1924, 169-175.

COLCORD (Joanna C.). — « Broken-Homes : A study of family », Desertion and its social treatment, New-York, *Russell Sage Fdn.*, 1919.

JOHNSTON (Fred. R.). — « What can be accomplished through Probation in non-support Cases ? », *Nat. Prob. Assn.*, 1924, 176-180.

AIDE A L'ENFANCE. PLACEMENTS

HEWINS (Katharine P.). — « Supervision of Place-out children », *Child Welfare League of American Bulletin*, n° 5, 1922.

MANGOLD (Géo-B.). — *Problems of child welfare*, New-York, Macmilfan, 1924.

TAFT (Jessie). — « The need for Psychological Interpretation in the Placement of Dependent Children », *Child Welfare League of America*, Bull. n° 6, 1922, Rev. ed. 1928.

THEIS (Sophie van Senden). — « How Foster Children Turn-out », New-York, *state Charities Aid Ass., n, Cub.*, n° 165, 1924.

A selection of foster homes for Children ; principles and methods followed by the Boston Children's aid Society, with illustrative cases (by M.S. DORAN and B.-C. REYNOLDS, 1919. Monograph n° 1, *Child Welfare series. School of Social Work*, 5 New-York City).

AIDE AUX ENFANTS ILLEGITIMES

American Sociological Society. Papers and Proceedings, 1921.

BOSTON RESEARCH BUREAU ON SOCIAL CASE WORK. — *What becomes of the un married mother* ? (A study of 82 cases, by A.S.B. GUIBORD and I.-R. PARKER, Boston 1922).

— *Report on a study of applications for illegitimacy cases* (by Mrs A.E. SHEFFIELD, 1930).

— *A Followup study of* 550 *illegitimacy applications* (by I.R. PARKER, 1924).

TROUBLES DU CARACTERE. ANORMAUX. DEBILITE INTELLECTUELLE

DEXTER (Elizabeth). — « The visiting teacher's value to the school », in the *Nation's Schools* v. 1. february, 1927).

DRUCKER (Paul). and HEXTER (Maurice-B.). — « Children Astray », Cambridge, *Harvard Univ. Press.*, 1923.

HEALY (William). — *Mental conflicts and misconduct.*, Boston, Little Brown, 1917).

HEALY (William).and BROUNER (A.-F.). — and others. — « Reconstructing youthful behavior », *Judge Baker Foundation Publication*, n° 5, 1928.

JOINT COMMITEE ON METHODS OF PREVENTING DELINQUENCY

— *The problems Children*, New-York, 5 CE, 42, 1924.

JUDGE BAKER FOUNDATION. — *Case Studies Séries I*, to. 5, Boston, 40 Court Street.

OPPENHEIMER (Julius John). — *The visiting Teacher Movement*, New-York, Joint Commitee on methods of Preventig Deliquency, 1925.

SAYLES (Marry B.). — *The problem child in school*, New-York, Joint Commitee of methods of preventing Deliquency, 1925).

THOM (D.-A.). — « Habit clinics for the child of Pre-School Age », *U.S. Chil. Bur. Pub.*, n° 135, 1924 ; 143, 1925.

VAN WATERS (Miriam). — *Youth in Conflict*, 1925.

— « Parents on probation », New-York, *New-Republic* in 1927.

WHILE (Ira-L.). — *The Challenge of Childhood*, New-York, Seltzer, 1925.

BIBLIOGRAPHIE SUR L'HYGIENE MENTALE

DAVIES (Stanley, Powell). — « Social Control of the Feebleminded », (N.Y. *Nat. Com.* for *Ment. Hyg.* 1923, pp. 211, 115, bibliographie.

MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF MENTAL DISEASES

MENTAL HYGIENE. — *Book Review Supplément*, jan. 1924.

RUSSELL SAGE FOUNDATION LIBRARY BULLETIN, feb. 1923.

NATIONAL COMMITEE FOR MENTAL HYGIENE. Liste des Publications, april 1926.

PROTECTION DU TRAVAIL DES ENFANTS

CHILDREN'S BUREAU. — *United States Department of Labor*, Publication, n° 89, *The Working Children of Boston*, n° 100, n° 133, n° 56, n° 62, n° 79, n° 114, n° 13, n° 74, n° 93.

MANGOLD (Georges-B.).— *Problem of child Welfare* (New-York, Macmillan, 1924.

MASSACHUSETTS CHILD LABOR COMMITEE. — *Hanbdook of Constructive Child Labor Reform*, Boston, 1921.

DE SCHWEMITZ (Dorothea). — « The place of Social Case Work in the Junior Employement Service », *Family* 3, 85-89, 1922.

II. *HYGIENE PUBLIQUE AUX ETATS-UNIS*

EMERSON (Haven). — *Community Health Service* (New-York, Harper).

FRAMINGHAM COMMUNITY HEALTHAND TUBERCULOSIS DEMONSTRATIONS. Monographs, New-York, *Nat. Tub. Asson*, 1918-1924.

MILBANK MEMORIAL FUND. — Report and Bulletins.

MOORE (Harry H.). — *Public Health in the United States*, New-York, Harper, 1923.

MORGAN (Gerald). — *Public Relief of Sickness*, New-York, Macmillan, 1922.

HOPITAUX ET CENTRES DE SANTE

DAVIS (Michael M. Jn.). — *Clinics, Hospitals and Health Centers*, New-York, Harper, 1925.

— « The Cornell Clinic », 1921-1924, New-York, *The Riverside Press*, avril, 1925.

HANIFAN. — *The Community Center*, Boston, 1920

MINIÈRE (Dr.). — *Un centre de médecine préventive. Le life extension institute de New-York*, Thèse, Paris, 1923, n° 115.

SAND (Dr.). — *Organisation industrielle, Médecine sociale et Education civique en Angleterre et en Amérique*, Paris, Baillère, 1920.

SYMPOSIUM ON HEALTH CENTERS. — *Am. Journ. Pub. Heathl*, 2, 212 ff. 1921).

SYMPOSIUM ON PAY CLINICS (*Hosp. Soc. Serv.*, 8, 1-35-1923.

A manual of Suggestions for the Conduct of Periodic Examinations of apparently healthy persons, Chicago, 1925, A M Ass.

Manual to Physicians. — Health Examinations (N.Y. City).

DR. RICHARDSON. — *Anba, Mann.*

NEW-YOEK (CITY). — « Commitee on Dispensary development, *Better doctoring, less dependency* (by L.S. BRYANT, 1927).

— *Group Clinics, a study of organisez medical practice* (by W.C. KLOTZ, 1927.

— *Health Services in clinics* (by A.M. RICHARDSON, M.D., 1927).

— *Medical care for a million people*, 1927.

— *What constitues adequate Medical setvice* ? by Samuel BRADBURY, 1926.

BOSTON COUNCIL OF SOCIAL AGENCIES. — *Report on Chronic Disease in Boston, a survey*, 1927.

PREVENTION DES CARDIOPATHIES

BISHOP (Louis Faugères). — *Heart troubles. Their prevention and Relief*, N.Y. Funk and Wagnalls, 1920).

HART (T. STUART). — *Taking care of your Heart*, N.Y. Funk and Wagnalls, 1924.

EMERSON (Haven). — Heart disease. Communicable . Curable. Preventable », *Survey*, 53, 113-118, 1924.

Mc COY (Samuel). — Child Hearts », *Survey*, 53, 131-135, 1924.

ST.-LAWRENCE (W.-M.-P. and ADAMS, E. LOUISE). — Organized care of cardiac children », *Hosp. Soc. Serv.* 2, 151-181, 1920.

THOMPSON (Lela F.). — « Social aspect of the cardiac case », *Indiana Univ. Studies*, 1919.

WILSON (Mabel R.). — « Social Treatment of Children with cardiac diseases », *Hosp. Soc. Serv.*, 3, 139-142, 1921.

ASSOCIATION FOR THE PREVENTION AND RELIEF OF HEART DISEASES (N.Y., City).

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

NATIONAL TUBERCULOSIS ASSOCIATION. — Proceedings and Bulletins.

MASSACHUSSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH. — The proposed Tuberculosis Prevention Program of the Massachusetts Depart. af Public Health (by E.-R. KOLLEY, 1924).

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS

BARCLAY. — Dispensary Follow-up of Syphilitic Patients », *Proc. of N. Y.*, Conf. on *Hosp. Soc. Serv.*, 1917.

BROGDIN (S. Margaret). — « Importance of Social Service in the Prevention of Venereal Diseases », *Hosp. Soc. Serv.*, may, 1922.

DAVIES. — Efficiency Dispensary Ckinics. A Requiste for adequate Copinq with Venereal Diseases », *Journ.* of *A.M.A.*, déc. 4, 1915.

DOYLE (Anne). — « Training Nurses in venereal diseases control », publ. *Health Nurse*, 1919, XI).

FISHER. — A Survey of Syphilis », Proc. of L.C. on *H.S.S.*, vol. IV, 1917.

PUSEY. — *Syphilis in its medical and social aspects.*

SMITH C. NORTON. — « Relation of the Physician and the Social Worker, in the Iort to save « Damaged Goods », Proc. N.C. of *Char. and Cor.*, 1922.

SALOMON. — Social Work and Neuro-Syphilis », *Soc. Hyg.*, 1920, VI, 93.

WEISS (R.-S.) and CONRAD. — *Medical and Social Care of Syphilis at the* Washington University Dispensary, 1920.

WEHRBEIN (Kathleen). — « Gonorrheal vaginities from the view point of the Social Worker », *Hosp. Soc. Serv.*, 1927, v. XV.

UNITED STATES OF PUBLIC HEALTH SERVICE. — The Control of Venereal Diseases.

HYGIÈNE INFANTILE AUX ÉTATS-UNIS

BAKER (S. Joséphine). — *Child Hygiene*, New-York, Harper.

CHILDREN'S BUREAU U.S. DEPART, OF LABOR.
Liste de publications :

— *Etudes sur la mortalité infantile*, nos 9, 20, 11, 29, 35, 52, 68, 72, 86, 112, 119.

— *Etudes sur l'hygiène infantile*, premier âge, nos 3, 8, 15, 16, 23, 36, 45, 47, 54, 76, 87, 144.

— *Etudes sur l'hygiène des enfants*, nos 23, 30, 33, 34, 35, 38, 45, 57, 60, 62, 69, 79, 87, 88, 90, 91, 101, 108, 110, 111, 122, 131, 138, 154.

— *Publications pour vulgarisations, sur l'alimentation, les jeux, les distractions.*

DELILLE (Armand). — « La lutte contre la mortalité infantile aux États-Unis », *Archives de Médecine des Enfants*, 1919.

ILLINGWORTH (Hélie, Dr.). — *L'Hygiène infantile aux Etats-Unis* en 1924.

MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH. PUBLICATIONS. School Hygiene Laws. The ptoposed Tuberculosis Prevention Program of the Massachusetts Depart, » of *Public Health* by E.R. KELLEY, 1924).

HEALTH DEPARTMENT, CITY OF BOSTON, DIVISION OF CHILD HYGIENE.

— *Year Book*, Publications.

— *The Health Center by* Charles F. Wilinsky.

INFIRMIERES VISITEUSES AUX ETATS-UNIS

BEARD (Mary). — *Public Health Nursing* (New-York, Harper)

BRAINED (Aunie M.). — *The Organization of Public Health. Nursing*, Philadelphia, Saunders, 1922.

COOPERATION D'UN SERVICE D'INFIRMIERES VISITEUSES AVEC L'HOPITAL, The Public Health Nurse, février 1930.

CROWNHARD. (J.-G.). — « Le rôle de l'infirmière d'hygiène sociale envisagé par le médecin », *The Public Health Nurse*, juillet 1929.

GARDNER (Mary-S.). — *Public Health Nursing* (N.Y., Macmillan, 1916).

— « L'infirmière visiteuse », *Presses Universitaires*, 1926.

GOODRICH (Annie-W.). — « The Community's Relation to Nursing Education and Nursing activities », *Hosp. Soc. Serv.*, janvier 1929.

WINSLOW (C.-E.-A.). — « The Community Health Association and its relations to Boston's Health Program », *Boston Community Health Association*, 1926.

THE COST OF A PROGRAM OF HEALTH ACTIVITIES WITH SPECIAL EMPHASIS OH PUBLIC HEALTH NURSING.

Eeast Harlem Nursing and Health Demonstration, 354 East. 115 th ; N.Y. Citry).

PERIODIQUES

American Journal of Public Health, Monthly, Chicago.

American Journal of Nursing, Monthly, Rocheste.

Better Health.

Child Health Magazine, Monthly, Washington.

Life and Health.

Health an Empire.

Health News.

Hygiena, Monthly, Chicago.

International Journal of Public Health, Geneva.

Journal of Industrial Hygiène, Cambridge, Mass.

Modern Hospital, Monthly, Chicago.

Nation's Health, Montly, Chocago.

New Health.

Public Health Nurse, Monthly, New-York.

Proceedings of Meetings of Health Organizations.

American Child Health Association.

American Hospital Association.

American Public Health Association.

Sections d'hygiène de :

National Conference of Social Work.

The Survey.

State Departments of Health. Report and Bulletins.

United-States Bureau of the Census. — Statistiques de mortalité (annuelle).

United-States Public Health Service. — Rapport et Bulletin.

League of Nations. — Health Organization (liste des publications, Genève, mars, 1928, 1929, 1930.

BIBLIOGRAPHIE EN FRANCE

BIBLIOGRAPHIE DU SERVICE SOCIAL EN FRANCE par Paul Doumergue (2 av. Velasquez, Paris, 1928),

OFFICE NATIONAL D'HYGIENE SOCIALE. SERVICE DE LA DOCUMENTATION (26, bd. de Vaugirard, Paris, Répertoire Bibliographique mensuel de la *Revue philanthropique.*

REVUE PHILANTHROPIQUE. — Table alphabétique par noms d'auteurs de mai 1914 à décembre 1927 dans le n° 381 du 15 mai 1929.

REPERTOIRE D'HYGIENE ET DE MEDECINE SOCIALE par L.-H. Dejust, Paris, 26, rue Louis-le-Grand, Union des Syndicats médicaux de France.

Armand Delille (Dr.). — *L'assistance sociale et ses moyens d'action*, Alcan, 1922.

— *Le Service social dans les collectivités contemporaines*, Delagrave, 1929.

Aubrun. — « Les Écoles d'infirmières et les Écoles sociales en France », *Paris Médical*, 8 décembre 1928.

Balard (Dr.). — « Le Service d'Assistance sociale dans les Maternités », *La Puériculture*, novembre 1928.

Bazy (L.). — « Le rôle du Service Médical d'un grand réseau de chemins de fer », *Journal Médical français*, avril 1929.

Delagrange (Mlle). — « Le Service d'Assistance sociale dans la lutte contre la Syphilis acquise ou héréditaire », *L'Hygiène Sociale*, 10 mars 1929.

Denis (Dr.). — *L'Assistance Sociale dans la consultation de nourrissons à l'Hôpital*, Thèse, Paris, 1923, n° 339.

DÉTRIEUX. — « Les auxiliaires du médecin en prévoyance sanitaire », *Journal Médical français*, avril, 1929.

DEVIN (Dr.). — *Etude des centres d'élevage de nourrissons*, Thèse, Paris, 1925, n° 20.

DEVRAIGNE (Dr.). — *Vingt cinq ans de Puériculture et d'Hyiène sociale*, Douin, 1928.

DEROY (Henry). — *Les œuvres du Moulin-Vert, de l'assistance éducative à l'organisation familiale*, Paris, 1927.

HAZEMANN (Dr. R.-H.). — *Le Service social municipal et ses relations avec les œuvres privées* (Le Mouvement sanitaire, 4, rue de Sèvres).

HÉBERT (Dr.). — *Etude médico-sociale sur la mortalité du premier âge. Résultats d'une enquête effectuée dans la région parisienne*, Thèse, Paris, 1929, n° 61.

JANIN (Dr.). — *Fonctionnement du Service Social à l'Hôpital et en particulier à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière*, Thèse, Paris, 1929,n° 14

JANVIER (Mme). — « Le Service social à l'Hôpital », *Le Service social*, octobre, novembre 1930.

JEANNENEY (Dr. G.). — « Le Service social des Hôpitaux », *Revue philanthropique*, Paris, novembre 1929.

JOANNON (Dr. Pierre). — « Une définition du Service Social », *Paris Médical*, 13 octobre 1928, p. 1.

— « Prévoyance sociale et démophylaxie », *Journal Médical Français*, avril, 1929.

KANEL (Dr.). — *La Pouponnière Moderne*, Thèse, Paris, 1926, n° 818.

KOECHLIN (G.-J.). — « L'Association des volontaires du Service social », *La Vie sociale*. octobre 1930.

KONINDJY (Dr.).— *Recherches sur l'enseignement de l'hygiène alimentaire*, Thèse, Paris, 1926, n° 477.

KREBS-JAPY. — « Le Service social à l'Hôpital », *Presse Universitaire*, 1923.

LABEAUME (Dr.). — *Hygiène sociale des enfants du 1er âge*, Thèse, Paris, 1924, Masson.

LAFOSSE (Dr. G.). — « Le Centre d'Hygiène et d'Assistance médico-social de Vanves », *Revue philanthropique*, 15 décembre 1929.

LÉVY FALCO (Pierre). — « Les Écoles d'infirmières et les écoles sociales en France », *Paris Médical*, 8.12.1928.

LUJAN MARIO (Dr.). — *Etude sur l'organisation et la protection de la première enfance à Paris et dans la Seine*, Thèse, Paris, 1928, n° 56.

LOUSTE. — « Aperçu du Service Social à l'Hôpital », *Le Journal Médical Français*, n° 4, avril 1929.

MARFAN (Pr.). — « La protection des enfants du 1er âge », *Le nourrisson*, septembre 1928.

MONTREUIL-STRAUSS (Dr.). — *La lutte contre la mortalité infantile*, Paris, Poinat, 21, rue Cassette.

NICOLE (Dr.). — *Etude sur les crèches hospitalières*, Thèse, Paris, 1926, n° 411.

NOUFFLARD (A.). — « Du rôle de l'Assistance sociale à l'Hôpital », *Revue de l'Union des Femmes de France*, févr. 1930.

NGUYEN VAN LUYEN (Dr.). — Étude sur l'organisation et la protection de la première enfance à Paris et dans la Seine, Thèse, Paris, 1928, n° 56.

NOBÉCOURT (Dr.). — « La clinique médicale des enfants, École Médico-Sociale », *Revue Médicale*, 7 décembre 1921.

— « Le traitement de la paralysie infantile doit être organisé méthodique ment », *Presse Médicale*, 5 mars 1924.

— « Rapport de la Commission d'Hygiène de l'Enfance », *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 4 novembre 1924.

NOBÉCOURT et SCHREIBER. — *Hygiène sociale de l'enfance*, Masson, 1921.

PERRET (Dr.). — *Les visiteuses de l'enfance*, Thèse de Lyon, 1919, n° 36.

PORTMANN. — « Le Service Social à l'Hôpital Saint-André. » *Echos des Dispensaires du soir*, n° 1, janvier, 1929.

RENAULT (Jules) et LABEAUME (Mlle). — *Hygiène collective de l'enfance* (Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée, t. XXIV, p. 153).

RENAULT (Dr.). — « Rapport au nom de la Commission permanente de l'Hygiène de l'Enfance », *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 11 janvier 1927.

RENOUX (Dr.). — *L'Assistance aux enfants du premier âge à Paris aux XVI et XVIIe siècles*, Thèse, Paris, 1924, n° 523.

RIBADEAU-DUMAS (Dr.). — L'association « Les Amis des Hôôitaux d'Enfants», *Paris Méd.*, 1923, n° 44.

RIST (Dr.). — Le Service Social à l'Hôpital ». *Revue Médico-Sociale*, n° 3, mai 1929.

ROLLEK. — *La protection de l'enfance en France*, Congrès de Bruxelles, 1921.

SAND (Dr. René). — « Les Écoles de Service social », *Le Service Social*, janvier, février, 1927, avril 1930.

— « Le Service social de demain », *Service Social*, septembre 1930.

STRAUSS. — *L'enfance malheureuse.*

— *Pour la vie et pour la santé* (Jules TALLANDIER, 75, rue Dareau).

TAUDLER (Pr. Julius). — « La méthode scientifique dans les œuvres d'assistance sociale », *L'infirmière française*, novembre 1929.

VANBOCKSTAEL (Dr.). — *Hygiène sociale de l'âge préscolaire* (enfants de 2 à 6 ans). — Thèse, Paris, 1929, n° 52.

VEIL-PICARD (Dr.). — *Lutte contre la dépopulation*, Thèse, Paris, 1927, n° 75.

VIEILLOT (Mlle. — « La collaboration des assistantes familiales entre elles », *L'hygiène par l'exemple*, n° 5, 1928.

VILLIÈRE (Dr.). — *Un hôpital d'autrefois, « Les enfants Rouges »*, Thèse, Paris, 1925, n° 97.

VIOLLET (Abbé). — « La famille et le Service Social des cas individuels) conf. inter. S.S. Paris, 1928.

VINCENT (Dr. Georges). — *Les centres d'élevage, La pédiatrie*, mars, 1927.
VOVARD (Paul). — « Le Service social de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux », *La Vie sociale* mai 1930.

WARSZAWIAK (J.). — « Quelques considérations au sujet de l'adaptation sociale », *Le Service Social*, janvier à mars 1930.

WEILL (Pr.).— «Le Service social à l'Hôpital », *La Vie sociale*, juin, 1930.
REVUES. — « L'efficience du Service Social », *Dossiers de l'Action populaire*, 25 juin 1929.

— «La personnalité et le travailleur social », *The Public health nurse*, juin, 1929.

— « Les surintendantes d'usines et les Services sociaux, leur rôle les résultats », *L'Enfant*, janvier, février, mars 1929.

— « Le Service des Enfants Assistés de la Seine pour l'élevage des tout-petits », *Bulletin international*.

WELLES (Carlotta). — « Social Work in France, *Thesocial Review*, déc. 1927.

PROPHYLAXIE MENTALE

BINET. — *Les idées modernes sur les enfants* (Flammarion).

BINET et SIMON (Dr.). — *Les enfants anormaux* (Colin)

BONNIS (Dr.). — *Développement de l'intelligence des arriérés*, Thèse, Paris, 1926, juillet, n° 447.

FAIL (Dr.). — *Nouveau mode de placement familial des psychopathes*, Thèse, Paris, 1927, n° 263.

HEUYER (Dr.). — « Les troubles du sommeil chez l'enfant », *Journal Médical français*, novembre 1926.

HEUYER et BARDONNEL (Dr.). — « Nécessité de l'examen médical pour tous les enfants délinquants », *La Pratique Médicale Française*, décembre 1926.

LACROIS (Dr.). — *Les services ouverts dans les asiles*, Thèse, Paris, 1926, n° 120.

MALE (Dr.). — « Étude du rôle de la syphilis dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfant, Thèse, Paris, 1927, n° 387.

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE ET DE LA SYPHILIS

Armand DELILLE. — « Le Service social dans la lutte contre la tuberculose », *L'Hygiène Sociale*, 10 décembre 1928.

BENOIST (Dr.). — *Consultations de prophylaxie prénatale*, Thèse, Paris, 1927, n° 83.

BERNARD (Léon Dr.). — « L'hygiène et la médecine préventive, relations des médecins sanitaires et du corps médical », *Revue de l'Hygiène*, n° 2, février 1927, p. 81.

— « Préventoriums et placement familial », *Revue de phtisiologie médico-sociale*, n° 2, mars-avril, 1927.

BERNARD) Dr. Léon). — « La préservation de la première enfance contre la tuberculose par le placement familial », *Revue de la tuberculose*, 1922, n° 1.

BERNARD et POIX. — *L'armement anti-tuberculeux français*, Masson, 1928.

BOURGUIN (Dr.). — « *De l'organisation administrative de la lutte antivénérienne.* Imp. Guénet, Le Mans.

CALMETTE (Dr.). — *Les dispensaires anti-tuberculeux*, Paris, Naud, 1901.

— « Comment doit-on envisager le rôle des médecins et celui des visiteuses d'hygiène dans les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation contre la tuberculose », *Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose*, nov.-décembre 1920.

CHALET (Dr.). — «*De l'organisation sociale du traitement de la syphilis*, Thèse de Paris, 1922.

EHRART (Dr.). — *Rôle du médecin dans la défense de la Nation cotre les maladies sociales*, Thèse, Lyon, 1926-1927, n° 15.

FRANCK (Dr. A.). — « Le Service Social dans un centre hospitalier de tuberculeux », *Revue de phisiologie*, mars-avril, 1930.

FRITSCH (J. Mlle). — « Le rôle des infirmières visiteuses dans la lutte contre la syphilis héréditaire », *L'infirmière française*, n° 10, janvier 1927.

ICHOK (M.-G.). — *La Protection Sociale*, Rivière, 31, rue Jacob.

GOUGEROT (H.). — « Le Service social à l'Hôpital », *La Prophylaxie antivénérienne*, avril, 1930.

LACOMME (Dr.). — *Une maternité pour tuberculeuses annexées à la clinique Baudeloque*, Thèse, Paris, 1926, Librairie Arnette.

LEREDDE (Dr.). — *Un fléau social. La syphilis et l'organisation de la lutte antisphylitique* (Plon-Nourrit, 1922).

ODIER (Mme). — « L'assistance sociale dans les Services de Tuberculeux », *Paris Médical*, 1er janvier 1927.

PETIT (Dr.). — *Etude sur la syphilis en France et à l'étranger*, Thèse, Paris, 1926, n° 501.

PRATT-FLOTTES (Pr.). — *Un centre hospitalier de tuberculeux*, Thèse, Paris, 1926, n° 159.

VITRY (Dr.). — « La lutte antituberculeuse à l'école », *Revue de Phtisiologie*, juillet-août 1925.

RIST (Dr.). — « La fonction du médecin d'hôpital dans la lutte antituberculeuse cent ans après Laennec », *Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 1, 1927.

THIBAULT (Dr.). — *De la nécessité d'adapter l'armement anti-tuberculeux à la conception actuelle de l'évolution de la tuberculose*, Thèse, Paris, 1927, n° 131.

PERIODIQUES

L'Art Médical.

Archives de Médecine des Enfants.

Bulletin de l'Académie de Médecine.

Le concours Médical.

Le Monde médical

La Presse Médicale.

Le Paris Médical.

Revue de Médecine.

Le Siège Médical.

La Vie Médicale.

Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale.

Bulletin d'Hygiène.

Bulletin de l'Institut d'Hygiène.

L'Hygiène par l'exemple.

Hygiène scolaire (*Bulletin trimestriel*, Masson).

L'Hygiène à l'Ecole, Paris, Maloine.

L'Hygiène sociale.

La Médecine scolaire (mensuel, Delagrave).

Le mouvement sanitaire.

Office international d'hygiène (bulletin mensuel).

La prophylaxie anti-vénérienne.

Revue de phtisiologie médico-sociale.

Revue d'hygiène et de Médecine préventive.

Revue d'Hygiène et de Prophylaxie sociale.
La Femme et l'Enfant
La Française.
Œuvre Nationale de l'Enfance, Bruxelles.
La Médecine infantile.
Le Nourrisson.
Pédiatrie.
Puériculture.
Revue de l'Enfant.
Revue internationale de l'Enfant.
Revue de la Famille.
L'Assistance éducative.
L'Education sociale.
Le Musée social.
La Revue philanthropique
La Vie sociale.

Imp. F. BOISSEAU, 34 rue du Taur — Toulouse

M